

BRUK AV TVANGSMIDLER I PSYKISK HELSEVERN

*Evaluering av et prosjekt rettet mot kvalitetssikret og redusert bruk av
tvangsmidler*

Ida Kvalheim Nerås



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

Universitetet i Oslo

April 2010

Tittel: Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern. *Evaluering av et prosjekt rettet mot kvalitetssikret og redusert bruk av tvangsmidler.*

Forfatter: Ida Kvalheim Nerås

Veileder: Førsteamanuensis Anne-Kari Torgalsbøen

Biveileder: Førsteamanuensis Knut Inge Fostervold

Sammendrag

Denne hovedoppgaven har undersøkt effekten av et prosjekt rettet mot redusert og kvalitetssikret bruk av tvangsmidler ved avdeling for akutt psykisk helsevern lokalisert på Ullevål Universitetssykehus. Registreringsperioden var fra januar til desember 2008, data ble samlet inn og registrert av sykepleiere ved avdelingen. I september samme år ble det innført et sett intervensjoner som hadde til hensikt å redusere antall episoder og varighet av mekanisk tvangsmiddelbruk med 20 %. Statistiske analyser viser en nedgang i antall episoder i registreringsperioden. Analyser av intervensjonen viser at denne ikke hadde effekt verken på antall episoder eller varighet. Oppgaven illustrerer betydningen av psykologisk forskning og kunnskap i forbindelse med tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern.

Forord

Jeg vil rette en stor takk til mine veiledere Anne-Kari Torgalsbøen og Knut Inge Fostervold for kunnskapsrik og inspirerende veiledning. Videre vil jeg takke Asbjørn Kolseth, Anne-Jorunn Hornnes, Asbjørn Syversen og Caroline Pegg ved avdeling for akutt psykisk helsevern på Ullevål for tilrettelegging og hjelp underveis i prosessen. Sist men ikke minst vil jeg takke Jan Svendheim og mine foreldre for uvurderlig oppmuntring og støtte gjennom hele prosessen.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Forord

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	1
Tvang i lys av norsk lov	2
Utviklingen fra dårekister til psykisk helsevern	2
Internasjonale studier om tvangsbrukens utbredelse	3
Nasjonale studier om tvangsbrukens utbredelse	5
Tvang i lys av menneskerettighetene	7
Rettferdiggjøring for bruk av tvang	9
<i>Farekriteriet som rettferdiggjøring for bruk av tvang</i>	9
<i>Behandlingskriteriet som rettferdiggjøring for bruk av tvang</i>	11
Effekter av tvangsbruk	12
<i>Effekter av tvang på behandlingsresultatet</i>	14
Programmer rettet mot reduksjon av tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern	15
Oppsummering og problemstillinger	19
Metode	20
Studiesetting	20
Definisjoner	21
Gjennomgang av tvangsmiddelbruk ved avdelingen før prosjektstart	21
Intervensjoner	23
<i>Brøseth Violence Checklist</i>	23
<i>Sjekkliste med sykepleieintervensjoner</i>	24
<i>Evaluerings skjema for sykepleieintervensjonene</i>	26
Statistiske analyser	27
Resultater	28
Beskrivelse av utvalget	28
Tvangsmiddelbruk i registreringsperioden	28
Tvangsmiddelbruk fordelt etter måned	28
Tvangsmiddelbruk fordelt etter post	29
Oppgitt årsak for tvangsmiddelbruk	30

Varighet av belteleggingsepisoder	30
Regresjonsanalyser	31
Korrelasjonsanalyse	39
Oppsummering av resultater	41
Diskusjon	42
Statistisk signifikant nedgang i antall beltelegginger i registreringsperioden	42
Ingen effekt av intervensjon på antall episoder med mekanisk tvang	43
Ingen effekt av intervensjon på varighet av beltelegginger	44
Skjerming og bruk av korttidsvirkende medisiner	45
Type tvangsmiddel og diagnose	46
Årsak til bruk av tvangsmidler	47
Metodologiske begrensninger	49
Intern validitet	49
Design	50
Generaliserbarhet	50
Kliniske og forskningsmessige implikasjoner	51
Videre forskning	52
Konklusjon	53
Referanser	

Introduksjon

Prinsippet om autonomi er sentralt i det moderne helsevesenet (Beauchamp & Childress, 2003), en utvikling som internasjonalt har vært tydelig de siste 40 årene (Verkerk, 2001). Den samme utviklingen kan spores i norsk helsevesen, også innen psykisk helsevernfeltet. De siste 10 år har det fra politisk hold vært et sterkt fokus på brukermedvirkning i psykisk helsevern gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2006) (Stortingsproposisjon [St.prp.] nr. 63). Selve grunntanken i autonomibegrepet er at mennesker har rett til å bestemme over sine egne liv. I helsevesenet gjelder dette hovedsakelig retten til å bestemme over egen behandling, og spesielt retten til å nekte behandling. Velkjente unntak inkluderer spesielle regler i forhold til visse smittsomme sykdommer og foreldres rett til å bestemme på vegne av sine barn (Sjöstrand & Helgesson, 2008). I motsetning til det somatiske helsevesen er psykisk helsevern et område hvor pasientens uttalte vilje ofte ikke imøtekommes, og hvor bruk av tvang er et hyppig forekommende fenomen (Vold, 1999, Dressing & Salize, 2004).

Distinksjonen mellom en pasient som er tvangsinnlagt og en som er frivillig innlagt i psykisk helsevern er tydelig fra et juridisk synspunkt, men denne distinksjonen er ikke alltid like klar for pasienten selv (Sørgaard, 2007). Denne formelle og tilsynelatende enkle definisjonen på hva tvang er, har blitt tilbakevist i flere studier de siste 20 årene (Høyer et al., 2002). Mange pasienter som formelt er frivillig i det psykiske helsevernet, oppgir selv at innleggelsen har skjedd mot deres vilje, mens mange tvangsinnlagte oppgir at de selv ønsket innleggelsen. På 1990-tallet introduserte MacArthur Study Group begrepet "percieved coercion" og en skala for å måle pasientens opplevelse av tvang (Gardner et al., 1993). En undersøkelse av norske forhold fant at 16.7 % av formelt frivillig innlagte mente de var innlagt på tvang, mens 46.9 % av formelt tvangsinnlagte anså seg selv som frivillig innlagt (Pedersen & Bjerkan, 2008). Et annet problem med begrepet er hvor grensen går mellom velmenende råd og overtalelser, og press, trusler, makt- og tvangsbruk. O'Brien og Golding (2003) mener at selv overtalelse fra personalets side bør defineres som tvangsbruk. Monahan et al. (1995) anbefaler å definere tvang som et kontinuum med positivt press (overtalelse og insentiver) på den ene siden, og negative strategier (trusler og fysisk makt) på den andre siden.

Tvang i lys av norsk lov

Psykisk helsevernloven (Psykisk helsevernloven [phlsvl] 2/7 1999, nr. 62) regulerer bruk av tvang i Norge. Man skiller mellom *tvangsinnleggelse* eller *observasjon* i godkjent institusjon, *tvangsbehandling* i form av legemidler eller tvangsernæring, og *tvangsmiddelbruk*, herunder mekaniske tvangsmidler som belter, remmer og spesialklær, anbringelse bak låst dør uten personale til stede, enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholding. Bruk av tvang ved innleggelse og i behandling anses som nødvendig i enkelte situasjoner og ovenfor enkelte pasienter (Bremnes, Hatling & Bjørngaard, 2008).

Gjennomføring av tvungen psykisk helsevern beskrives i lovens fjerde kapittel (Phlsvl. 2/7 1999, nr. 62). Hovedkriteriet (§ 3-3, første ledd nr. 3) for at en tvangsinnleggelse kan finne sted er at det foreligger en alvorlig sinnslidelse. Dette er et rettslig begrep som ikke tilsvarer en medisinsk diagnose, og omfatter hovedsaklig psykotiske tilstander. Andre tilstander kan etter vurdering også gå inn under dette vilkåret, i tilfeller hvor funksjonssvikten er like stor som den man ser ved psykoser, for eksempel alvorlige spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2009). I tillegg må minst ett av to tilleggskriterier være oppfylt, enten behandlingsvilkåret eller farevilkåret (§ 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a og b). Det er tilleggsvilkårene som begrunner tvangsinnleggelsen, ikke sinnslidelsen i seg selv. Tvangsmidler kan, når vilkårene for slik bruk er oppfylt, benyttes både overfor pasienter som er frivillig innlagt og overfor pasienter som er tvangsinnlagt.

Utviklingen fra dårekister til psykisk helsevern

Bruk av mekaniske tvangsmidler som intervensjon ovenfor pasienter med psykiske lidelser kan spores helt tilbake til psykiatriens røtter og har siden den gang vært et tema for etisk diskusjon (Iversen, 2009). Kjemisk tvang i form av opiater, bromid og alkohol ble også benyttet for å roe ned agiterte pasienter (Coliazzi, 2005). I opplysningstiden forsto man psykisk sykdom som "tap av fornuften" og mange behandlere mente bruken av mekaniske tvangsmidler ville hjelpe voldelige pasienter med å gjenvinne fornuften. På 1800-tallet reformerte psykiateren John Connolly det britiske helsevesenet ved å avskaffe mekaniske tvangsmidler. Han mente det var mulig å behandle psykisk syke pasienter uten slike midler, og innførte bruk av isoleringsrom og fysisk holding for å kontrollere voldelig atferd (Coliazzi, 2005).

Blomberg (2002) skildrer tre hovedstadier i utviklingen av institusjoner for mennesker med psykiske forstyrrelser i Norge. Dårekisten var den første offentlige institusjonen for oppbevaring av urolige og utagerende pasienter. Her isolerte man pasientene bak en bordvegg

i arresten (en dårekiste). Dollhusbevegelsen gikk inn for større anstalter for denne pasientgruppen, og det var ikke lenger nødvendig å ha brutt en lov for å bli lagt inn. I likhet med Blomberg beskriver Vold (1999) hvordan opplysningstidens idealer førte til en ny tid for behandlingen også i Norge. Med sinnssykeloven av 1848 ble sinnssyke skilt ut som en egen gruppe, asylene ble utbygd og legene fikk det overordnede ansvaret for behandlingen. Det var også i Norge et mål at bruken av mekaniske tvangsmidler skulle begrenses mest mulig. Med små endringer ble Sinnssykeloven av 1848 stående helt fram til psykiatriloven av 1961 (Vold, 1999).

Nedbyggingen av de store asylene startet på 1960-tallet i tråd med utviklingen i andre vestlige land (Verdens helseorganisasjon [WHO], 2003, Honkonen, Mattila, Lehtinen, Elo, Haataja & Joukamaa, 2008, Kittelsen, Anthun, Kalseth, B., Kalseth, J., Halsteinli & Magnussen, 2009). Den 1. januar 2001 ble psykiatriloven av 1961 erstattet av lov om psykisk helsevern (Phlsvl 2/7 1999, nr. 62). I forbindelse med den nye loven iverksatte Helsedirektoratet Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1999-2006)). Den nye loven og påfølgende plans hensikt var en kvalitativ og kvantitativ bedre tjeneste for mennesker med psykiske lidelser. Tjenestetilbudet skulle nå fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Mest mulig frivillighet i behandlingen ble fremhevet som et uttalt mål (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Internasjonale studier om tvangsbrukens utbredelse

Til tross for internasjonal konsensus om at tvangsbruk i psykisk helsevern skal være en siste utvei i behandlingen (Europarådet 1994, 2004, World Psychiatric Association, 1996), er frihetsberøvelse og tvangsbehandling av psykisk syke mennesker vanlig verden over (Sailas & Wahlbeck, 2005, Salize & Dressing, 2005, Kuosmanen, 2007). Betydelige utfordringer knytter seg til det å sammenligne bruk av tvang i ulike land på en valid og reliabel måte. Forskjeller i lovverk og praksis, forskjeller i hva som registreres og hvordan, samt forskjeller i hvordan behandlingstilbudet er organisert og dimensjonert er noen av problemene som gjør dette til en utfordrende oppgave (Kaltiala-Heino, 1999, Helsedirektoratet, 2009).

Bowers, Alexander, Simpson, Ryan og Carr-Walker (2004) fant 11 kontrolltiltak som benyttes ovenfor pasienter i psykisk helsevern i europeiske land. Alle metodene ble ikke brukt i alle land, og forskergruppen fant at helsepersonell betraktet metoder de selv ikke brukte som eksempler på gammeldags og forkastet praksis. For eksempel benyttes mekanisk tvang med belter og reimer over hele Europa, med unntak av Storbritannia og Irland. Her vekker slike metoder sterke, negative følelser hos helsepersonell, som foretrekker bruk av isoleringsrom og

fysisk holding. Videre fant man at isolering vekker tilsvarende følelser hos norsk helsepersonell, mens mekanisk tvang her vurderes som en velegnet intervensjon. I Finland og Nederland tok helsepersonell avstand fra tvangsbehandling med medisiner, og foretrakk beltelegging eller isolering. Nettsenger som benyttes i Østerrike og Russland vurderes negativt av helsepersonell i andre europeiske land (Bowers et al., 2004).

I internasjonal litteratur måles omfanget av tvangsinnleggelser enten ut i fra hvor stor andel av befolkningen som tvangsinnlegges, eller hvor stor andel av innleggelsene som skjer som tvangsinnleggelser (Helsedirektoratet, 2009). Salize og Dressing (2004) undersøkte utbredelsen av *tvangsinnleggelser* 15 europeiske land. Beregnet i forhold til årlige inntak per 100 000 innbyggere, fant man rater fra 6 i Portugal, 11 i Frankrike, 34 i Danmark, 44 i Nederland, 47 i Belgia, 74 i Irland, 93 i Luxemburg og Storbritannia, 114 i Sverige, 175 i Tyskland og Østerrike og 218 per 100 000 innbyggere i Finland. Spania, Italia og Hellas hadde ikke tilgjengelig statistikk. En tilsvarende undersøkelse av norske forhold fant en rate på 195 per 100 000 for tvangsinnleggelser (Hatling & Krogen, 1998).

Salize og Dressing (2004) fant at bruken av tvangsinnleggelser var økende i seks land. En tredjedel av landene kunne rapportere karakteristikk ved pasienter utsatt for tvangsinnleggelse. Diagnoser innen schizofrenispekteret sto for 30-50 % av innleggelsene, prosentvis fordeling av andre diagnosegrupper som demens, affektive lidelser eller rusmisbruk viste stor variasjon mellom landene. Ni av landene kunne rapportere om kjønnsfordeling, hvorav fem hadde en tendens til å tvangsinnlegge mannlige pasienter oftere enn kvinnelige. Samtlige stater stilte en bekreftet, alvorlig sinnslidelse som viktigste betingelse for tvangsinnleggelse, mens tilleggskriteriene varierte. I ti medlemsstater ble avgjørelse om tvangsinnleggelse gjort av en ikke-medisinsk autoritet som for eksempel en dommer, resten av psykiatere eller lignende. Inntakssratene varierte ikke signifikant mellom disse statene (2004).

Noen sammenligning mellom stater i Salize og Dressings (2004) format om bruk av *tvangsmidler* er foreløpig ikke gjennomført. Som nevnt finnes det betydelige utfordringer i det å sammenligne ulike land. Nasjonale undersøkelser og sammenligninger mellom naboland er imidlertid gjennomført i flere land, og noen av disse studiene rapporterer om andel tvangsinnleggelser blant totalt antall innleggelser.

Martin, Bernhardsgrütter, Goebel og Steinert (2007) undersøkte ratene for bruk av mekaniske tvangsmidler ved flere sykehus i Sveits og Tyskland. Resultatene viste at de to landene hadde ulike mønster for bruk av tvang. I Sveits resulterte 6.6 % av innleggelsene i beltelegging, mot 10.4 % i Tyskland. De sveitsiske sykehusene benyttet seg i større grad av

isolering (17.8 % mot 7.8 % i Tyskland). De tyske sykehusene benyttet signifikant flere tvangsmidler per pasient og også over lenger varighet enn de sveitsiske sykehusene. I en svært få studier om bruk av tvangsmidler i Japan fant Odawara, Narita, Yamada, Y., Fujita, Yamada, T. og Hirayasu (2005) at 18 % av pasientene ved Yokohama City-sykehuset ble utsatt for mekanisk tvang i form av beltelegging over en 4-års periode. Oppsiktsvekkende er det også at 14.1 % av pasientene ble holdt i belter mellom 8-14 dager, 17.9 % i 15-30 dager og 6.2 % i over 31 dager. En retrospektiv undersøkelse ved et sykehus i Hellas (Bilanakis, Kalampokis, Christou & Peritogiannis, 2009) fant at 11 % av pasientene over en 6-måneders periode hadde blitt utsatt for en form for tvangsmiddelbruk, 9.55 % for isolering og 1.76 % for beltelegging. Gjennomsnittlig varighet for begge typer var 64.9 timer og antall tvangsepisoder per pasient var 3.58. I en registerstudie av pasienter som i sin første kontakt med psykisk helsevern i Danmark fikk en diagnose innen schizofrenispekteret fant man at 24.9 % ble utsatt for tvangsmiddelbruk. 3.2 % ble tvangsbehandlet med antipsykotisk medikasjon, 7.1 % med beroligende medisiner. 14.6 % ble utsatt for mekanisk tvang i form av belter, og gjennomsnittlig varighet var 2.66 dager (Øhlenschläger & Nordentoft, 2008). Kaltiala-Heino, Korkeila og Tuohimäki rapporterte at 3.8 % av pasientene innlagt på et finsk sykehus ble utsatt for beltelegging og 6.6 % for isolering (2000). I følge Currier og Allen (2000) er mengden data på bruk av beltelegging og isolering i nordamerikanske akuttavdelinger begrenset. Currier og Allen (1999) sin undersøkelse av 50 akuttavdelinger for psykisk helsevern viste at 37.2 % av pasientene var ufrivillig innlagt, og at 8.5 % av pasientgruppen ble utsatt for beltelegging. Gjennomsnittlig tid i belter var 3.3 timer. I USA er det en lovfestet øvre grense for hvor lenge man kan holde en pasient i belter på 4 timer.

Nasjonale studier om tvangsbrukens utbredelse

Som ledd i Forskningsrådets evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse gjennomførte Bremnes, Hatling og Bjørngaard (2008) en helhetlig kartlegging av utviklingen i bruk av tvangsmidler og skjerming ved 26 norske sykehus fra 2001 til 2007. Resultatene viste en betydelig økning i bruken av mekaniske tvangsmidler. Til tross for en reduksjon fra 2005 til 2007 var økningen på mer enn 20 % både i antall ganger, timer og pasienter. Mekaniske tvangsmidler benyttes oftere, men over kortere varighet overfor kvinnelige enn mannlige pasienter. Et fåtall av pasientene utgjorde en stor andel av den mekaniske tvangsmiddelbruken. Bruk av korttidsvirkende legemidler økte med 24 % i forhold til antall pasienter fra 2001 til 2007. Men, for antall ganger fant man en nedgang på 15 %. Flere kvinner enn menn ble utsatt for denne typen tvang, men forskjellen var ikke entydig for hele

perioden. Bruk av isolering som tvangsmiddel gikk ned med 79 %, og tidsbruken ble redusert med 76 %. Antall pasienter utsatt for isolering økte med 106 prosent. Bruk av holding som tvangsmiddel ble innrapportert for første gang i 2007. To av tre pasienter som ble utsatt for holding var kvinner. Mer enn halvparten av sykehusene rapporterte i svært liten grad om holding, mens to sykehus alene stod for om lag 25 prosent av tilfellene. Antall vedtak om skjerming og antall pasienter utsatt for slikt vedtak økte med henholdsvis 202 og 171 % fra 2001 til 2007. Det var ingen kjønnsforskjell i rapportert bruk av skjerming. Økningen i antall vedtak om skjerming fra 2005 til 2007 kan muligens delvis skyldes endring i regelverket (Bremnes, Hatling & Bjørngaard, 2008).

Evalueringen avslørte betydelige forskjeller mellom sykehusene i det totale omfanget av tvangsmidler og skjerming. Enkelte institusjoner brukte gjennomgående tvangsmidler og skjerming i større grad enn andre. Bremnes, Hatling og Bjørngaard fant ingen substitusjonseffekter i datamaterialet; høy bruk av ett tvangsmiddel korrelerte ikke med lav bruk av et annet. Tvert i mot viste det seg at høy bruk av mekaniske tvangsmidler korrelerte med høy bruk av korttidsvirkende legemidler og skjerming (2008). I følge Norsk Pasientregister (NPR) sine data ble det i snitt gjennomført 19 innleggelser til tvungen psykisk helsevern per 10 000 innbyggere over 18 år i 2007. Innleggesratene varierte fra 6 tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere i Førde sykehusområde til 27 tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere i Østfold og Sørlandet sykehusområder (SAMDATA, 2007). Funn angående vedvarende store institusjonsforskjeller i bruk av tvangsmidler støttes av internasjonale studier på feltet (Busch & Shore, 2000, Sailas & Fenton, 2000, Keski-Valkama, Sailas, Eronen, Koivisto, Lönnqvist & Kaltiala-Heino, 2007).

I en studie av tvangsmiddelbruk ved et norsk sykehus fant Wynn (2002) at mekanisk tvang ble mest brukt, fulgt av bruk av korttidsvirkende medisiner og sist, isolering. Type tvangsmiddel varierte signifikant med diagnosegruppe; mekanisk tvang ble hyppigst benyttet ovenfor pasienter med en ikke-psykotisk lidelse, medisiner ble brukt mest ovenfor pasienter med en ikke-organisk psykotisk lidelse, og isolering ovenfor pasienter med en organisk psykotisk forstyrrelse. Mannlige pasienter ble oftere enn kvinner utsatt for mekanisk tvang, mens kvinnelige pasienter oftere enn menn ble utsatt for korttidsvirkende tvangsmedisinering. Bruk av mekanisk tvang korrelerte også med alder, i den forstand at yngre og middelaldrende pasienter oftere ble utsatt for denne typen tvang enn eldre pasienter, mens bruk av korttidsvirkende medisiner oftere ble brukt ovenfor eldre pasienter (Wynn, 2002).

I en undersøkelse av mekanisk tvangsmiddelbruk ved et annet norsk sykehus fant Knutzen, Sandvik, Hauff, Opjordsmoen og Friis (2007) at pasienter med innvandrerbakgrunn ble hyppigere utsatt for tvang, spesielt i yngre aldersgrupper. Denne gruppen ble også utsatt for tyngre tvang, det vil si en kombinasjon av mekanisk og farmakologisk tvang, enn etnisk norske pasienter. Undersøkelsen viste også at bruken av mekanisk tvang sank i forhold til stigende alder.

Wynn (2003) undersøkte helsepersonells opplevelse og holdning til tvangsmiddelbruk ved universitetssykehuset Nord-Norge. Resultatene fra spørreundersøkelsen viste at de fleste i personalgruppen mente tvangsintervensjoner ble benyttet på riktig måte. Personalet på poster med høy bruk av tvang, samt mannlig personale, var mest kritisk til hyppig tvangsmiddelbruk. Ansatte med høyere utdanning var mer kritisk til bruk av beltelegging og isolering, enn annet personale. 43.7 % av personalet fortrakk beltelegging som intervensjon, til tross for at de trodde denne intervensjonen var dårligst ansett blant pasientene. På spørsmål om hva personalet hypotetisk sett selv ville foretrukket i en nødssituasjon, svarte flesteparten at de ville foretrekke medisiner. De hyppigste årsakene for tvangsmiddelbruk var vold, selvskading og trusler. En stor del av gruppen mente bruk av belter og isolering krenket pasientens integritet, kunne skade den terapeutiske alliansen og skremme andre pasienter. Hovedparten av personalet mente bruk av belter og isolering gjorde pasientene roligere og ikke forårsaket aggresjon, angst eller skader hos pasienten (Wynn, 2003).

Tvang i lys av menneskerettighetene

Bruk av tvang i behandlingen av mennesker med psykiske forstyrrelser er et alvorlig menneskerettighetsproblem (Valkama, 2007). Bruk av tvangsmidler ovenfor pasienter øker faren for krenkelser og kan være brudd på menneskerettigheter. I en artikkel (2009) i Tidsskrift for norsk psykologforening etterlyser derfor Husum og Hjort et større fokus på menneskerettigheter i norsk psykisk helsevern. Forfatterne peker på fire artikler i den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) de vurderer som truet under institusjonsbehandling av psykisk syke i Norge. Når det gjelder artikkel 3: Forbud mot tortur og inhuman behandling, har den europeiske torturkomité påpekt flere situasjoner i norsk psykisk helsevern som truer pasientenes menneskerettigheter, for eksempel utstrakt bruk av skjerming og isolasjon, langvarig bruk av belter, nedverdiggende polititransport og ECT-behandling gitt med tvang (CPT, 2005). De andre artiklene som beskrives som truet er retten til personlig frihet (Artikkel 5), retten til respekt for privat- og familieliv, hjem og korrespondanse (Artikkel 8) og retten til tanke-, samvittighets- og religionsfrihet (Artikkel 9).

Husum og Hjort mener man bør gi opplæring og øke helsepersonells bevissthet og slik styrke menneskerettighetene til pasienter i psykisk helsevern. Samtidig oppfordrer forfatterne fagpersoner til å jobbe for å kunne tilby alternative frivillige behandlingsmetoder for pasienter i psykisk helsevern.

Advokat og menneskerettighetsrådgiver Gro Hillestad Thune har arbeidet mye med tvang i norsk psykisk helsevern og mener at menneskerettigheter i Norge betraktes, behandles og diskuteres som et utenrikspolitisk anliggende. Hennes erfaring er at mange pasienter oppfatter seg som utsatt for menneskerettighetsbrudd uten å bli hørt. Hillestad Thune har foreslått å opprette en menneskerettighetskommisjon i psykisk helsevern for å bedre rettsikkerheten til mennesker med psykiske lidelser (Aftenposten, 09.08.09).

Aktuelt for tvangsbruk og menneskerettigheter både i Norge og internasjonalt er diskusjonen om ratifisering av FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Konvensjonens formål er å sikre mennesker med funksjonsnedsettelsers rett til samme adgang til alle deler av samfunnslivet som funksjonsfriske mennesker. Dersom konvensjonen ratifiseres vil den i følge Aslak Syse (2009) bli et bindende menneskerettighetsinstrument som også kan påberopes av personer med psykiske lidelser. I konvensjonens artikkel 12 fastslås det at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, og at de skal gis den støtten de trenger for å kunne bruke sin rettslige handleevne. Konvensjonen stadfester også at nedsatt funksjonsevne ikke i noe tilfelle kan rettferdiggjøre frihetsberøvelse (Artikkel 14). Artikkel 25 krever at mennesker med nedsatt funksjonsevne gis like god behandling som funksjonsfriske, og at "Behandlingen skal skje på grunnlag av fritt og informert samtykke, blant annet ved bevisstgjøring om menneskerettighetene, verdigheten, selvbestemmelsesretten og behovene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, gjennom opplæring og iverksettelse av etiske standarder for offentlige og private helsetjenester." (FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, Barne- og likestillingsdepartementet, 1.9.2008 (Norsk uoffisiell oversettelse)).

I en utredning for Helsedirektoratet om behandlingskriteriet stilles det spørsmål om bestemmelsene i lov om psykisk helsevern vil komme i strid med FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Som nevnt har Norge enda ikke ratifisert konvensjonen og er derfor ikke folkerettslig bundet av dens bestemmelser. Arbeidsgruppen ansvarlig for utredningen mener man ved ratifisering av denne konvensjonen kan stå overfor et paradigmeskifte vedrørende muligheten for å ha regler om tvangsbruk i psykisk helsevern av den typen vi har i dag (Helsedirektoratet, 2009).

Rettferdiggjøring for bruk av tvang

Det finnes flere mulige argumenter for bruk av tvang i psykisk helsevern. I en artikkel fra 2008 diskuterer Sjöstrand og Helgesson de tre mest brukte standpunktene for rettferdiggjøring av tvang. Det første argumentet dreier seg om beskyttelse av samfunnets interesser. Dette argumentet finner vi igjen i norsk lovgivning i det såkalte farekriteriet i loven om psykisk helsevern som krever at pasienten uten innleggelse "... utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse" (Phlsvl 2/7 1999, nr. 62, § 3-3, første ledd, nr. 3 bokstav b.). Det andre argumentet handler om beskyttelse av pasientens egen helse, noe vi finner i behandlingskriteriet i psykisk helsevernloven som krever at pasienten uten innleggelse vil få "... sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret" (Phlsvl 2/7 1999, nr. 62, § 3-3, første ledd, nr 3 bokstav a.). I en fant Bremnes, Hatling og Bjørngaard (2008) at behandlingskriteriet ble lagt til grunn for 71 %, farekriteriet for 6 %, og begge kriterier for 23 % av tvangsinnleggelser i Norge i 2006. Det siste argumentet handler om autonomi og innsikt i egen sykdom (Sjöstrand & Helgesson, 2008).

Farekriteriet som rettferdiggjøring for bruk av tvang

Aggresjon og vold fra pasienter er hyppig forekommende fenomener i det psykiske helsevernet. Menckel og Viitasara (2002) fant at nesten 100 % av svensk helsepersonell hadde blitt utsatt for vold i løpet av sin karriere. I en undersøkelse blant ansatte i psykisk helsevern i Danmark fant Benjaminsen og Kjørbo (1997) at mer enn 90 % hadde blitt utsatt for vold, mest utsatt var sykepleiere. En studie fra 1994 fant at 65 % av norsk helsepersonell hadde vært involvert i en voldelig episode siste 12 måneder, og at mer enn 80 % vurderte vold som en daglig risiko i sitt arbeid (Berg, Sveipe & Hoy 1994). I Wynn sin undersøkelse fra 2004 oppga 70 % av personalet ved et norsk sykehus å ha blitt angrepet av pasienter i forbindelse med tvangsmiddelbruk.

En nederlandsk studie hevder at frekvensen av vold mot selv og andre er økende blant pasienter i psykisk helsevern (Nijman, Muris, Merckelbach, Palmstierna, Wistedt et al., 1999). Voldelige episoder fører til fysiske og psykiske skader på både pasienter og helsepersonell (Nijman, Allertz, Merckelbach, à Campo & Ravelli, 1997), samt økonomiske konsekvenser i form av økt sykefravær (Hunter & Carmel, 1992, Viitasara & Menckel, 2002).

Dramatiske handlinger og drap utført av personer med psykiske lidelser får mye publisitet i media, eksempler er det såkalte "Trikke-drapet" i Norge og drapet på Sveriges utenriksminister Anna Lindh, noe som bidrar til befolkningens oppfatning om at personer med

psykiske lidelser er farlige (Salize & Dressing, 2005). Ideen om at visse mennesker burde behandles med tvang for å beskytte samfunnet har bred støtte både i nasjonal (Phlsvl 2/7 1999, nr. 62, § 3-3, tredje ledd, b.) og internasjonal lovgivning (Dressing & Salize, 2004), og i befolkningen generelt (Kjellin & Nilstun, 1993, Respons, 2009). Sjöstrand og Helgesson poengterer at det at en person med en psykisk lidelse er potensielt farlig for sin familie eller medborgere ikke er relevant for avgjørelsen for bruk av tvang. Det som er relevant for denne avgjørelsen er om pasienten *uten behandling* utgjør en betydelig risiko for at noen vil bli skadet. Videre kan man argumentere for at farlige mennesker med psykiske lidelser burde hindres i å skade andre, men samme argument burde gjelde også for farlige mennesker uten psykiske lidelser (2008).

Det er viktig å understreke at utøvelse av vold faktisk er sjelden blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser. I følge Urheim (2008) står pasienter med alvorlige psykiske lidelser for under 5 % av den samlede samfunnsvolden. Szmukler og Holloway (2000) stiller spørsmålet om hvorfor farlighet skal være grunnlaget for preventiv frihetsberøvelse bare for mennesker med psykiske lidelser, og ikke for dem uten. Sjöstrand og Helgesson poengterer at det selvfølgelig kan være i pasientens beste interesse å ikke skade andre mennesker, og hvis de ikke har autonom kapasitet kan det være rimelig å argumentere for behandling. I slike tilfeller er det uansett personens lidelse som krever behandling, og ikke farligheten (2008).

Sjöstrand og Helgesson mener at så lenge personen er i stand til å forstå sin egen tilstand og i stand til å ta et valg angående behandling, burde behandling være opp til personen selv. Dette synet støttes av Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin (4/4 1997) som erklærer at en person med en alvorlig psykisk lidelse kan underlegges behandling mot sin vilje ”bare i tilfeller hvor personen uten slik behandling vil forårsake alvorlig skade på sin *egen* [*min uthevelse*] helse” (*min oversettelse*). World Psychiatric Association (WPA) sin erklæring er mer tvetydig: “Behandling må alltid være i pasientens beste interesse” (Madrid-deklarasjonen, 1996, *min oversettelse*). Tanken kan spores helt tilbake til Hippokrates 2400 år gamle erklæring ”*Primus non nocere*”, oversatt: Først, gjør ikke skade. I både svensk og italiensk lovgivning er det bare pasientens behov for behandling som rettferdiggjør tvangsinnleggelse, og ikke andre menneskers eller samfunnets interesse (Tannsjö, 2005). Sjöstrand og Helgesson (2008) mener at andre interesser enn pasientens egne bør regnes som sekundære.

Behandlingskriteriet som rettferdiggjøring for bruk av tvang

Når tvang i det psykiske helsevernet anvendes ut fra behandlingsbehov er den grunnleggende tanken at resultatet blir bedre med behandling enn uten, selv om det må anvendes tvang (Høyer et al., 2002). Fagpersoner baserer seg på kunnskap om virksom behandling for ulike psykiske forstyrrelser, fagkunnskaper som vanligvis bygger på studier av frivillige behandlingsforløp, og antar at effekten er den samme selv om den gis til pasienter som motsetter seg, eller ikke ønsker slik behandling (Høyer, 2009). I psykisk helsevernloven er behandlingsvilkåret begrunnet ut fra hensynet til pasienten selv, og inndelt i et bedringsalternativ og et forverringsalternativ (§ 3-3 første ledd nr. 3 bokstav b). Det er imidlertid uenighet om hvordan man skal definere hva som er i pasientens beste interesse. Brukerorganisasjoner definerer frihet som faktisk fysisk frihet, mens en medisinsk tilnærming forstår frihet som frihet fra den psykiske lidelsen (Kaltiala-Heino, 1996). Den medisinske etikkens moralske forpliktelse til å redusere lidelse spiller en viktig rolle i rettferdiggjøringen av tvang i psykisk helsevern (Høyer et al., 2002), og hvis man vurderer pasientens beste interesse eksklusivt i forhold til helse kan man hevde at konsekvensene for dennes helse burde styre medisinske intervensjoner (Sjöstrand & Helgesson, 2008). Tännsjö poengterer at pasienter med somatiske tilstander ikke blir tvangsbehandlet hvis de avviser tilbud om behandling, de tillates å la andre interesser enn helse styre sine handlinger. For eksempel fremstår tvangsbehandling med kjemoterapi mot kreft som en dypt umenneskelig handling, uavhengig av konsekvensene for pasientens helse (2005). Sjöstrand og Helgesson mener at tvangsbehandling av psykiske lidelser burde avvises på samme grunnlag dersom dens eneste motivasjon angår pasientens egen helse. I en situasjon hvor en pasient ikke ønsker behandling, og samtidig ikke kan regnes som i stand til å ta et kompetent valg, er situasjonen annerledes og behandleren kan rettferdiggjøre bruk av tvang begrunnet i pasientens manglende autonomi. En nødvendig betingelse for en slik rettferdiggjøring er at pasienten ikke er kompetent til å gi et samtykke (2008). Helsepersonell skal i følge norsk lov legge forholdene best mulig til rette for at pasienten kan avgi samtykke, og ordlyden ("*åpenbart*") tilsier at terskelen for å anse kompetansen som bortfalt er høy (Phlsvl 2/7 1999, nr. 62, § 4-3 tredje ledd). Psykisk helsevernloven setter ikke fravær av samtykkekompetanse som ett absolutt vilkår for bruk av tvang, og heller ikke, slik man finner i pasientrettighetsloven krav om at: "*det er sannsynlig at pasienten ville gitt tillatelse til slik hjelp*" (Pasientrettighetsloven 2/7 1999, nr. 63, § 4-6 andre ledd, første punktum). Forskning viser at personer med alvorlige psykiske lidelser har betydelig bedre evne til å bestemme over egen behandling enn tidligere antatt (Appelbaum & Grisso, 1995, Grisso, Appelbaum, Mulvey & Fletcher, 1995, Veltkamp, Nijman, Stolker,

Frigge, Dries & Bowers, 2008). Dette støttes av FN-konvensjonen om mennesker med nedsatt funksjonsevne sine rettigheter som stadfester at ”Mennesker med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, på alle livets områder”, og at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal gis den støtten de trenger for å kunne bruke sin rettslige handleevne (FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, Barne- og likestillingsdepartementet, 1.9.2008 (Norsk uoffisiell oversettelse)). Matthews (2000) har argumentert for at restaurering av autonomi burde være det eneste tillatte målet for tvangsbehandling i psykisk helsevern. Proporsjonalitetsprinsippet er en annen viktig faktor. O’Brien og Golding mener at dersom tvang rettferdiggjøres på grunnlag av manglende kompetanse hos pasienten, må man fortsatt ta hensyn til proporsjonalitet; fordelene med tvangsbruken må veie tyngre enn ulempene. Dersom de skadelige virkningene er større enn fordelene må tvangen regnes som urettmessig (2003).

Effekter av tvangsbruk

Bruk av tvang i psykisk helsevern kan føre til at befolkningens tiltro til helsevesenet svekkes og at folk vegrer seg mot å søke hjelp når de har behov for det (Tannsjö, 2005, Steinert, Martin, Baur, Bohnet, Goebel et al., 2007). Norsk psykisk helsevern har fått mye negativ publisitet i media de siste årene, et nylig eksempel er reaksjonene som fulgte i kjølvannet av en rapport fra SINTEF Helse om økt bruk av tvang (Bremnes, Hatling & Bjørngaard, 2008). I USA publiserte avisen Hartford Courant i Connecticut i 1999 en rekke artikler som bekreftet 142 dødsfall knyttet til isolering og mekanisk tvangsbruk over ett tiår (Weiss, Altimari, Blint & Megan, 1998). Artikkelserien ble belønnet med en Pulitzer-pris og førte til høylytt protest fra publikum og krav om tiltak fra politisk hold (Taxis, 2002). En undersøkelse fra Helsedepartementet i USA estimerte at 100 pasienter dør årlig i forbindelse med bruk av mekanisk tvang (Department of Health and Human Services, 1992). Det er imidlertid lite konsensus i faglitteraturen angående årsaken til dødsfall i forbindelse med bruk av mekanisk tvang (Mohr, W. & Mohr, B., 2000). I en undersøkelse av 20 dødsfall relatert til mekanisk tvang fant man at dødsårsaken var oksygenmangel (asfyksi) i 40 % av tilfellene, mens kvelning, hjertestans eller brann forårsaket død i de resterende tilfellene (Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations, 1998). I Hartford Courant-artikkelserien inkluderte dødsårsakene oksygenmangel, hjertekomplikasjoner, medikamentoverdoser eller – interaksjoner, strangulering, innhalasjon av brannrøyk og aspirasjon (Weiss, 1998). En finsk studie som undersøkte den generelle dødeligheten blant pasienter i akutt psykisk helsevern fant at bruk av tvangsmidler ved sist innleggelse doblet risikoen for død hos mannlige

pasienter. Bruk av tvangsmidler var ikke assosiert med økt selvmordsfrekvens (Honkonen, Mattila, Lehtinen, Elo, Haataja et al., 2008). Langt mer hyppig enn risiko for dødelig utfall er risiko for fysisk og psykisk skade på pasient eller personalet (Fisher, 1994, Mohr, W. & Mohr, B., 2000). Omfang av skade på personalet er omtalt i et annet avsnitt. Studier har funnet en nedgang i antall skader på personalet i forbindelse med reduksjon i bruk av tvangsmidler (McCue, Urcuyo, Lilo, Tobias & Chambers, 2004, LeBel & Goldstein, 2005). Andre har funnet at angrep på personalet øker i takt med tvangsmiddelreduksjon (Khadivi, Patel, Atkinson & Levine, 2004). LeBel og Goldstein (2005) undersøkte de økonomiske kostnadene ved bruk av tvangsmidler i forbindelse med et prosjekt myntet på reduksjon i bruk av tvangsmidler. Bruken av tvangsmidler gikk ned med 91 % noe som førte med seg en økonomisk reduksjon på 92 %, fra over 1,4 millioner dollar til 117 000 dollar. Kostnadene inkluderte blant annet den arbeidstiden personalet brukte på tvangsepisoder, medisiner, skader på personalet, sykefravær og turnover.

Flere studier har funnet at bruk av tvangsmidler har betydelige psykologiske og traumatiske følger for både pasienter og personale (Fisher, 1994, Huckshorn, 2004, Frueh et al., 2005). Pasienter rapporterer at tvangsmidler utløser negative følelser (Brown & Tooke, 1992, Bonner, Lowe, Rawcliffe & Wellmann, 2002, Kuosmanen, Hätönen, Malkavaara, Kylmä & Välimäki, 2007). Å bli utsatt for tvangsmidler svekker den terapeutiske alliansen og har negativ innvirkning på terapeutisk etterlevelse (Steinert, Bergbauer, Schmid & Gebhardt, 2007). Bonner et al. (2002) og Marangos-Frost & Wells (2000) fant at pasienter beskriver følelser av skam, håpløshet og urettferdighet, mens helsepersonell opplever skam, redsel, ubehag og frykt for å krenke pasientens rettigheter når de benytter seg av tvangsmidler som intervensjon.

Litteraturen domineres av pasienters negative opplevelser av tvangsmiddelbruk, men positive opplevelser har også blitt rapportert, særlig dersom pasienter blir intervjuet lenge etter tvangsepisoden (Hoekstra, Lendemeijer & Jansen, 2004). Pasienter vurderer tvangsmiddelbruk mest negativt når de ikke forstår hvorfor det skjer, og når de ikke får diskutert opplevelsen med andre i ettertid (Hoekstra et al., 2004, Holmes, Kennedy & Perron, 2004). I følge Donat (2002) svekker bruk av tvangsmidler sannsynligheten for at pasientene vil utvikle mestringsstrategier som er nødvendige for å fungere i hverdagen og utenfor avdelingen. I en undersøkelse av atmosfæren ved akuttpsykiatriske avdelinger fant Middelboe, Schjødt, Byrting og Gjerris (2001) at pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmiddelbruk var mindre fornøyd med atmosfæren enn de som ikke hadde det. En studie av Wilkniss, Hunter og Silverstein (2004) påpeker en paradoksal effekt av mekanisk

tvangsmiddelbruk, nemlig at den voldsomme oppmerksomheten pasienten får i en slik situasjon kan forsterke uønsket atferd. Holmes et al. (2004) fant at pasienter ofte beskrev motivasjonen for utagering som et behov for samvær med personalet.

Pasienter rapporterer at det å bli utsatt for tvangsmidler utløser gjenopplevelser av traumer (Bonner, Lowe, Rawcliffe & Wellmann, 2002). Noen pasienter beskriver opplevelsen av tvangsmidler tilsvarende fysisk misbruk eller voldtekt (Blanch & Parrish, 1990). Studier finner også at det å bli utsatt for tvang kan skape nye traumer hos pasienter (Robins, Sauvageot, Cusack, Suffoletta-Maierle & Frueh, 2005), og at pasienter med alvorlige livstruende traumer i livshistorien oftere utsettes for tvangsmidler (Steinert, Bergbauer et al., 2007). Mohr, W. og Mohr, B. (2000) mener en belteleggingsepisode kan oppleves som en repetisjon av tidligere episoder med misbruk for pasienten. Gitt pasientens svekkede bedømmingsevne grunnet psykisk sykdom, den intense følelsen av stress en slik situasjon medfører, samt hemmede verbale evner, kan en slik episode være like skadelig fra en fysiologisk synsvinkel som andre traumatiske livshendelser, og feste seg som et nytt traume. Mohr og Mohr knytter denne teorien til studier av effekten stress har på dyr, som har funnet fysiologiske effekter som nedregulering av immunforsvaret og skadelig effekt på søvn som mulige følger (2000). Man vet lite om de psykopatologiske langtidseffektene av det å bli utsatt for tvangsmidler (Salize & Dressing, 2005). Studier indikerer at posttraumatisk lidelse kan være en mulig følge (Smith, 1995, Steinert, Bergbauer et al., 2007). I følge DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) kan traumer føre til depresjon, svekket funksjonell status, komorbide medisinske tilstander og økt bruk av helsetjenester. Robins et al. (2005) foreslår at traumer fra behandling i psykisk helsevern fører til forverring av symptomer, dårligere oppfølging av behandling, svekket selvbilde og en følelse av verdiløshet hos pasienten.

Effekter av tvang på behandlingsresultatet

En Cochrane-gjennomgang av litteraturen (Sailas & Fenton, 2001) fant ingen randomiserte kontrollerte studier som undersøkte effekten av manuelle tvangsmidler hos personer med alvorlige psykiske lidelser. Sailas og Fenton kunne ikke komme med noen anbefaling i forhold til effekt, fordeler eller ulemper ved bruk av tvangsmidler, annet enn at bruken burde minimeres med grunnlag i etiske hensyn. I en gjennomgang av litteraturen i 2009 konkluderte Georg Høyer med at det verken finnes vitenskapelige holdepunkter for at tvang bedrer behandlingsresultatet, eller for at tvang svekker behandlingseffekten. Det er heller ikke enighet om hva som burde regnes som et godt behandlingsresultat blant pasienter,

pårørende, brukerorganisasjoner, helsepersonell og lovgivende myndighet (Salize & Dressing, 2005). Salize og Dressing påpeker misforholdet mellom de relativt få studiene på feltet i forhold til den omfattende og kontroversielle bruken av tvang i psykisk helsevern.

Programmer rettet mot reduksjon av tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern

De siste årene har det blitt publisert flere artikler som omhandler enkeltstående sykehus sine program rettet mot å redusere bruk av tvangsmidler, særlig i USA (for eksempel Donat, 2002, 2003, 2005, D'Orio, Purselle, Stevens & Garlow, 2004, Huckshorn, 2004, Khadivi, Patel, Atkinson & Levine, 2004, McCue, Urcuyo, Lilo, Tobias & Chambers, 2004, LeBel & Goldstein, 2005, Jonikas, Cook, Rosen, Laris & Kim, 2005, Hellerstein, Staub & Lequesne, 2007, Pollard, Yanasak, Rogers & Tapp, 2007, Ashcraft & Anthony, 2008). I en gjennomgang av 29 slike studier fant Justin Newton Scanlan (2009) syv tilsynelatende virksomme strategier for reduksjon av tvangsmiddelbruk. I følge Scanlan kan ikke strategiene defineres som evidensbaserte (randomiserte kontrollerte studier), men som eksempler på best tilgjengelig praksis.

Lov-, holdningsendring og lederskap

Den første strategien innebærer regulering eller restriksjoner av tvangsmiddelbruk fra nasjonale organ, myndigheter eller det enkelte helseforetak. Ledelsen (avdelingsleder, sykehusdirektør eller sentrale personer fra offentlig myndighet) demonstrerer en forpliktelse mot, og støtte til forsøk på å redusere eller eliminere bruk av tvangsmidler. Holdningsendring fra øvre myndigheter ser ut til å være nyttig, men mest effektiv i samarbeid med sterk støtte, forpliktelse, lederskap og holdningsendring fra lokal myndighet. Slike lokale endringer inkluderer for eksempel krav om at tvangsmiddelbruk må reduseres (LeBel & Goldstein, 2005) eller fastsettelse av en øvre grense for hvor lenge pasienter kan utsettes for tvangsmidler av gangen (Hellerstein et al., 2007).

Ekstern gjennomgang og debriefing

Formålet med en ekstern gjennomgang er at utenforstående fagpersoner gjør en detaljert analyse av episoder med tvangsbruk som munner ut i anbefalinger som skal forhindre slike episoder i fremtiden. Ekstern gjennomgang har vist seg å være effektiv i å redusere antall episoder (Donat, 2003, Khadivi et al., 2004). Debriefing kan tjene samme hensikt, enten man involverer bare ansatte, eller ansatte, pårørende og pasient. Inkludering av pasienten og

pårørende virker å være den mest effektive tilnærmingen (Jonikas et al., 2005, Khadivi et al., 2004, Schreiner et al., 2004).

Innsamling av data

Bedre innsamling og rapportering av tvangsmiddelbruk viste seg å være et nøkkelelement i de fleste programmene. Denne strategien gir personalet en effektiv feedbackloop, fremmer sunn ”konkurranse” mellom poster og fremhever organisasjonens forpliktelse til endring. Datainnsamling er spesielt virksomt der hvor data rapporteres i forskjellige kretser, både innen helseforetaket og i samfunnet ellers (Scanlan, 2009).

Opplæring av personalet

Opplæring og trening i deeskaleringsteknikker og krisehåndtering for personalet har vært viktig i mange av programmene (D’Orio et al, 2004, Hellerstein et al., 2007, Jonikas et al., 2004, Schreiner et al., 2004, Taxis, 2002, Visalli & McNasser, 2000). Støtte og modellering fra fagpersoner i krisesituasjoner har vist seg å være nyttig (Donat, 2003, Visalli & McNasser, 2000). Endring av personalets holdninger og avmystifisering av beltelegging og annen tvangsbruk var også viktig i mange programmer (Busch & Shore, 2000, Schreiner et al., 2004, Taxis, 2002) samt utvikling av mer fleksible og respektfulle interaksjonsstiler hos personalet (Visalli & McNasser, 2000). Noen programmer fokuserte på pasientenes opplæringsbehov, for eksempel hjelp til mestring av sinne (Schreiner et al., 2004; Visalli & McNasser, 2000).

Involvering av pasient og pårørende

Involvering av pasient og familie i planlegging av behandling og i debrifing er effektivt for å redusere bruk av tvangsmidler (Huckshorn, 2004, Hellerstein et al., 2007, Jonikas et al., 2004, Pollard et al., 2007, Visalli & McNasser, 2000). Arbeid med såkalte ”advanced directives” (viljeserklæringer) hvor familien og pasienten beskriver pasientens preferanser og behov i en akutt krisesituasjon har også oppnådd lovende resultater (Khazaal, Chatton, Pasandin, Zullino & Preisig, 2008). Ett program oppmuntret pasientene på en avdeling til å ta aktivt del i reduksjonsprosessen gjennom å etablere et sett med belønninger for enheten når reduksjonsmålene ble nådd. Slike belønningsstrategier har vist seg særlig effektive på ungdomsavdelinger (Schreiner et al., 2004).

Øke antall ansatte per pasient og etablering av kriseresponsteam

Ett program rapporterte om god effekt etter økning i antall ansatte per pasient (Donat, 2002, 2003). Andre programmer har etablert kriseresponsteam bestående av atferdseksperter eller personale fra andre enheter som ekstra assistanse i håndtering av krisesituasjoner (Schreiner et al., 2004, Visalli & McNasser, 2000, D'Orio et al., 2004). Økt interaksjon mellom ansatte og pasienter er generelt assosiert med redusert hyppighet av tvangsmiddelbruk (Donat, 2003, Huckshorn, 2004), noe som øker tiden personalet har til gode å tilbringe sammen med pasienter i meningsfylte aktiviteter (LeBel & Goldstein, 2005).

Endringer på enhetsnivå

Noen programmer har benyttet en atferdspsykologisk eller kognitiv atferdsanalytisk tilnærming (Donat, 2003, Jonikas et al., 2004, Schreiner et al., 2004, Taxis, 2002, Visalli & McNasser, 2000). Disse programmene søker å modifisere det terapeutiske miljøet for eksempel gjennom å redusere stressnivået på avdelingen, jobbe med interaksjonsstil hos personalet og pasientene eller øke pasientenes deltakelse i de daglige aktivitetene. Nesten alle programmene har fokus på strategier for tidlig intervensjon og minst mulig restriktive tilnærminger til krisehåndtering (Scanlan, 2009).

Resultater av programmene

Resultatene av disse programmene har typisk blitt evaluert i forhold til reduksjon i bruk av tvangsmidler og/eller sikkerheten ved enheten (målt ved antall skader på personale og pasienter). Noen har også evaluert kliniske resultater og tilfredshet hos pasientene (LeBel & Goldstein, 2005). De fleste strategiene har effektuert en reduksjon i bruk av tvangsmidler. Scanlan finner at det som er felles for programmer som ikke har kunnet demonstrere reduksjon, er at de virker til å ha vært initiert "fra bunnen og opp" og etablert uten sterk støtte fra lokalt lederskap. Alle programmene unntatt ett (Khadivi et al, 2004) førte til reduksjon i antall skader på pasienter og personale. Forfatterne av denne artikkelen attribuerer økninger i skadeomfang til for dårlig opplæring av personalet.

Oversiktsartikkelen konkluderer med at det virker mulig å oppnå vesentlige reduksjoner i bruken av tvangsmidler. I avdelinger for barn og ungdom ser kognitiv atferdsmessige programmer ut til å ha best effekt. I psykisk helsevern for voksne virker bredt baserte programmer som adresserer problemet fra flere forskjellige vinkler å være mest effektivt. Solide mandat på nasjonalt nivå virker til å være effektivt for å redusere tvangsmiddelbruk på systemnivå. De mest effektive programelementene ser ut til å være

sterkt lederskap på et lokalt nivå, sammen med engasjement hos ansatte i frontlinjen, og programendringer på enhetsnivå. Tilgjengelig evidens tilsier at en enhet som ønsker å redusere bruken av tvangsmidler bør etablere programmer som inkluderer ekstern gjennomgang eller debriefing, bredt baserte treningsprogrammer for ansatte og programendringer på enhetsnivå (Scanlan, 2009).

Oppsummering og problemstillinger

Til tross for økt oppmerksomhet om tvangsbruk og oppfordring fra Sosial- og helsedirektoratet om å redusere bruk av tvang i norsk psykisk helsevern de siste ti årene, har bruken økt gjennom Opptrappingsplanperioden. Man mangler fortsatt kunnskap om hvilken virkning bruk av tvangsmidler har på pasienter og psykiske forstyrrelsers forløp. Økt fokus på problemstillinger ved bruk av tvangsmidler har imidlertid ført til at norske sykehus har fulgt opp med undersøkelser av sine forhold og søkt å forbedre seg. Ett av sykehusene er Ullevål Universitetssykehus hvor ledelsen ved divisjon for psykisk helsevern på bakgrunn av tiltaksplanen fra Sosial- og helsedirektoratet iverksatte prosjektet ”Redusert og kvalitetssikret bruk av tvang” hvor avdelingene kunne utforme sine delprosjekt.

Denne oppgaven vil vurdere tiltakene som ble iverksatt ved en avdeling for akutt psykisk helsevern, og svare på følgende problemstillinger:

1. Var det en nedgang i bruk av mekaniske tvangsmidler i registreringsperioden?
2. Hadde intervensjonen effekt på bruk av tvangsmidler ved avdelingen?
 - a. Reduksjon i antall beltelegginger
 - b. Reduksjon i varighet av beltelegginger
 - c. Reduksjon i bruk av skjerming eller korttidsvirkende medisiner
3. Er det sammenheng mellom bruk av de ulike typene tvangsmidler?
4. Er det sammenheng mellom type tvangsmiddel og diagnosegruppe?
5. Er det sammenheng mellom type tvangsmiddel og oppgitt årsak til episoden?

Metode

Studiesetting

Avdeling for akutt psykisk helsevern er lokalisert på Ullevål sykehus som er en del av Oslo Universitetssykehus. Opptaksområdet er Ullevål sektor i Oslo som har et innbyggertall på omtrent 200 000. Avdelingen tar i mot personer over 18 år med behov for øyeblikkelig hjelp til frivillig eller tvungen behandling. Avdelingen planlegger videre behandling og samarbeider med en rekke institusjoner i spesialisthelsetjenesten og ulike tilbud i bydelene.

Avdelingen har 45 døgnplasser fordelt på fem spesialiserte enheter. Alle pasienter som henvises til akutt psykologisk vurdering og/eller behandling tas i mot ved en enhet spesialisert på mottaksrutiner og tidlig differensialdiagnostikk (Post 1). Mottaket ivaretar avdelingens øyeblikkelig-hjelp plikt, og har blant annet ansvar for å stabilisere symptomer og atferd, etablere samarbeid med pasient og pårørende, initiere eller oppdatere individuell plan, kartlegge pasientens ressurser, og vurdere pasienten hva angår eventuell suicidalitet og farlighet. Mottaksenheten har 7 døgnplasser og varighet av innleggelse er i utgangspunktet 32 timer. Enheten viderefører pasientene til en av fire fagdifferensierte akuttenheter for henholdsvis krise- og traumerelaterte lidelser (Post 2), psykose- og rusrelaterte lidelser (Post 3), psykoselidelser (Post 4) og affektive lidelser (Post 5). Alle enhetene har et tverrfaglig team av ansatte; psykiatere, leger, psykologer, psykologspesialister, fysioterapeuter, sosionomer, ergoterapeuter, og sykepleiere.

Enhet for krise- og traumerelaterte lidelser tar i mot pasienter med hypomane og maniske tilstander med krise/traumebelastning, alvorlige og sammensatte angsttilstander, posttraumatisk stresslidelse, dissosiative lidelser, personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, samt pasienter med selvbilde- og selvskadingsproblematikk. Enheten tilbyr et individuelt tilpasset opplegg i form av sykepleie, miljøterapi, individualterapi, gruppeterapi, ergoterapi, fysioterapi og sosionombistand. Det er 9 døgnplasser ved enheten, og varighet av innleggelse er normert til 14 døgn. Enhet for psykose- og rusrelaterte lidelser tar i mot pasienter med ulike psykoselidelser og samtidig rusproblem, bipolar lidelse med psykotisk symptombelastning og rusproblemer. Enheten tilbyr sykepleie, samtalerapi individuelt og i gruppe, samt pasientundervisning. Det er 9 døgnplasser ved enheten og varighet av innleggelse er normert til 15 døgn. Enhet for psykoselidelser mottar pasienter i samme målgruppe som Post 3 hvor rusproblemer ikke er prekære. Behandlingstilbudet består av sykepleie, ergoterapi, samtalerapi, samarbeid med behandlingsnettverk og pasientundervisning. Enheten har 9

døgnplasser og en normert varighet av innleggelse på 20 døgn. Enhet for affektive lidelser har 11 døgnplasser og tar i mot pasienter med alvorlige depresjoner, bipolare lidelser og personlighetsforstyrrelser. Varighet av innleggelse er normert til 20 døgn og behandlingstilbudet består av gruppeterapi i tverrfaglig sammensatte grupper, individualterapi, oppfølging av pårørende, gruppeundervisning og elektrokonvulsiv behandling (ECT).

Definisjoner

Den aktuelle avdelingen benytter mekaniske og medikamentelle tvangsmidler, samt skjerming. I likhet med de fleste andre akuttavdelinger i Norge (Hatling, Ådnes & Bjøngaard, 2002) benytter man ikke isolering (anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede) som tvangsmiddel. Paragraf 4-8. i Psykisk helsevernloven beskriver mekaniske tvangsmidler som metoder som hindrer pasientens bevegelsesfrihet ved hjelp av belter og remmer, eller ved hjelp av kortvarig fastholding. Bruk av kortvarig fastholding vil ikke belyses i denne oppgaven da det er få registrerte tilfeller i datamaterialet.

Medikamentelle tvangsmidler innebærer i følge samme paragraf enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt. Med skjerming menes tiltak som innebærer at en pasient holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten.

Skjerming kan innebære at pasienten henvises til opphold på sitt eget rom eller på en skjermet enhet eller lignende. Det er ikke adgang til å låse eller på annen måte stenge døren til rommet der pasienten befinner seg. Vedtak skal treffes dersom skjerming opprettholdes ut over 24 timer eller 12 timer dersom skjermingen innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet (Forskrift 2006-12-15 nr. 1423 i Psykisk helsevernloven).

Gjennomgang av tvangsmiddelbruk og skjerming ved avdelingen før prosjektstart

I en retrospektiv studie gjennomgikk Knutzen, Sandvik, Hauff, Opjordsmoen og Friis (2007) tvangsmiddelprotokoller og journaler for alle pasienter innlagt ved den aktuelle avdelingen fra 1. januar 1996 til 31. desember 1997. Av alle pasientene innlagt i denne perioden (n=960) ble 14 % utsatt for mekanisk og/eller medikamentell tvangsmiddelbruk. Forskergruppen fant ingen kjønnsforskjeller i tvangsmiddelbruk. Signifikante funn ble gjort i forhold til aldersgrupper, med høyere tvangsmiddelbruk for pasienter under 60 år. Blant pasienter med minoritetsbakgrunn ble 27 (21.6 %) utsatt for tvangsmiddelbruk, sammenlignet med 108 (12.9 %) etnisk norske pasienter. I den yngste aldergruppen (18-29 år) hadde 12

(34.3 %) av pasientene minoritetsbakgrunn, sammenlignet med 20 (12 %) av etnisk norske pasienter. Pasienter med minoritetsbakgrunn ble også oftere utsatt for *tyngre* (definert som mekaniske tvangsmidler med samtidig medikamentell tvang) tvangsmiddelbruk enn etnisk norske pasienter.

I forbindelse med evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63, 1997-1998) gjennomførte SINTEF en omfattende kartlegging av utviklingen i bruk av tvangsmidler og skjerming ved 26 av landets helseforetak i perioden 2001-2007. Resultatene ble publisert i fire rapporter gjennom hele Opptrappingsplanperioden. En avsluttende rapport publisert i slutten av 2008 dokumenterte at den samlede bruken (antall ganger) av tvangsmidler samt vedtak om skjerming økte fra 2001-2007. Bruk av mekaniske tvangsmidler og skjerming sto for økningen, mens bruken av korttidsvirkende legemidler og isolering ble redusert i samme periode. Antall timer med tvangsmiddelbruk viste samme tendens, men med reduksjon fra 2005 til 2007. Antall pasienter som ble utsatt for tvangsmidler og/ eller vedtak om skjerming økte gjennom hele perioden (Bremnes, Hatling & Bjørngaard, 2008).

Den tredje rapporten (Pedersen & Bjerkan, 2007) dokumenterte vedvarende institusjons- og avdelingsforskjeller i både type og omfang av tvangsmiddelbruk ved de ulike helseforetakene. Avdeling for akutt psykisk helsevern ved Ullevål universitetssykehus var ett av helseforetakene som ble undersøkt. Rapporten beskrev institusjons- og avdelingsforskjeller ved hjelp av totalrater (som inkluderer ekstremverdier) og trimmede rater (som utelukker ekstremrater) per 365 oppholdsdøgn. Dette for å kontrollere for enkeltpasienters effekt på ratene. For *antall ganger* mekaniske tvangsmidler ble benyttet viser de trimmede ratene en spredning mellom sykehusene fra 0,0 til 1,6 ganger. Totalratene varierer fra 0,0 til 5,3 ganger. Tallene fra Ullevål er henholdsvis 0,7 og 2,6 ganger, noe som plasserer avdelingen som nummer 11 av 26, hvor nummer 1 bruker mest og nummer 26 bruker minst tvang. For *antall timer* med mekanisk tvangsmiddelbruk varierer de trimmede ratene fra 0,0 til 33,1 timer, mens totalratene varierer fra 0,0 til 48,6 timer. Tallene for Ullevål er her henholdsvis 6,9 og 15,5 timer per oppholdsdøgn, noe som plasserer avdelingen som nummer 10 av de 26 sykehusene. Når det gjelder bruk av korttidsvirkende legemidler er tallene for avdelingen 0,4 ganger per oppholdsdøgn både for trimmet og total rate. De trimmede ratene varierer her mellom 0,1-2,2 og totalratene mellom 0,1-3,1, noe som plasserer avdelingen som nummer 17 av 26. For bruk av skjerming varierer de trimmede ratene mellom 0,1-1,7, og totalratene mellom 0,1-2,6. Tallene for Ullevål i denne kategorien er henholdsvis 0,6 og 1,0 ganger per oppholdsdøgn, noe som plasserer avdelingen som nummer 17 av 26. Oppsummert befant

akuttavdelingen på Ullevål universitetssykehus seg i 2007 rundt landgjennomsnittet i bruk av tvangsmidler og skjerming.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet publiserte Sosial- og helsedirektoratet ”Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern” i 2006.

Tiltaksplanen ble regnet som viktig for gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63, 1997-1998), og oppfordret de ulike helseforetakene til å ha fokus på reduksjon av tvangsmiddelbruk. Med utgangspunkt i denne tiltaksplanen iverksatte divisjon for psykisk helsevern ved Ullevål universitetssykehus i 2007 et divisjonsomfattende prosjekt med tittelen ”Redusert og kvalitetssikret bruk av tvang” med planlagt gjennomføring i 2008.

Intervensjoner

Prosjekt for kvalitetssikret og redusert bruk av tvang hadde tre hovedmålsettinger:

- Redusere antall belteleggingsepisoder med 20 %
- Redusere tid i belter med 20 %
- Redusere antall tvangsinnleggelser

Tre intervensjoner ble iverksatt for å nå disse målene. En sjekkliste med utvalgte sykepleieintervensjoner ble plassert på vaktrommet på hver enhet, og skulle gjennomgås når pasienter skåret 2 eller over på Brøseth Violence Checklist (BVC) eller var urolige og/eller aggressive. BVC ble vurdert på alle pasienter to ganger i døgnet, etter nattskiftet og etter dagskiftet. Pasientansvarlig sykepleier var ansvarlig for å vurdere hvilke tiltak i sjekklisen som skulle iverksettes. Den andre intervensjonen var implementering av et evalueringsskjema som skulle gjennomgås etter en belteleggingsepisode. Vaktansvarlig sykepleier var ansvarlig for å evaluere situasjonen som førte til en belteleggingsepisode, hvilke tiltak som ble iverksatt, samt kvaliteten på risikovurdering av den aktuelle pasienten. Den tredje intervensjonen var tilbakemelding til henvisende instans på innleggelser som ikke tas til følge. Denne oppgaven vil ikke ta for seg måling og intervensjoner i forhold til tvangsinnleggelser. Det ble ikke iverksatt spesifikke intervensjoner for å redusere bruken av tvangsmedisinering eller skjerming. Videre følger en vurdering av de ulike intervensjonenes psykometriske egenskaper.

Brøseth Violence Checklist

Brøseth Violence Checklist [BVC] (Almvik & Woods, 1999) er ett av få validerte strukturerte instrumenter utviklet for vurdering av nærliggende voldsrisiko i døgnavdelinger innen psykisk helsevern (Björkdahl, Olsson & Palmstierna, 2006). Instrumentet er basert på

en forståelse av at episoder med fysisk utagering sjelden oppstår uten identifiserbare varselstegn, og består av seks variabler som gis en skåre på 0 eller 1. De seks variablene er forvirring, irritabilitet, brautende atferd, fysiske trusler, verbale trusler og vold mot inventar. To eller flere skårer indikerer høy voldsrisiko de påfølgende 24 timer (Almvik, Woods & Rasmussen, 2000). Nasjonale og internasjonale studier støtter instrumentets prediktive validitet (Björkdahl, Olsson & Palmstierna, 2006, Abderhalden, Needham, Dassen, Halfens, Haug & Fischer, 2008, Almvik, 2008).

I en retrospektiv studie fra 2006 fant Björkdahl, Olsson og Palmstierna at sykepleiere ved en døgnavdeling i høy grad kunne predikere risiko for vold ved rutinemessig bruk av BVC. En positiv skåre på hvilken som helst av variablene resulterte i seks ganger økning i risiko for alvorlig vold, mens en negativ BVC-skåre predikerte lav risiko for alvorlig vold i 99.2 % av alle vurderingene.

Historical, Clinical and Risk Management Violence Risk Assessment Scheme (HCR-20) er et mye brukt og godt validert instrument (Belfrage, Fransson & Strand, 2000), men i følge Almvik (2008) har det ikke like stor bruksverdi i en akuttavdeling. Palmstierna og Wistedt (1989) fant at HCR-20 hadde en lavere prediktiv kapasitet i forhold til nærliggende voldsrisiko. Det krever i tillegg innhenting av mye informasjon om pasienten, noe som gjør det lite hensiktsmessig ved en døgnavdeling hvor behovet for en vurdering ofte er akutt (Almvik, 2008).

En annen metode for vurdering av voldsrisiko er selvrapportskjema (for eksempel Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory, Spielberger, 1996). En kritikk mot selvrapport som metode er at pasienter med alvorlig psykisk lidelse i akutte faser viser manglende sykdomsinnsikt (Almvik, 2008).

Sjekkliste med sykepleieintervensjoner

Klassifikasjonssystemer i sykepleie er utviklet for å skape et felles språk med enhetlige definisjoner på sykepleie for at de skal kunne benyttes i elektroniske journalføringssystemer (Mølsted, Mauritzen & Angermo, 2007). Det er utviklet flere ulike klassifikasjonssystemer for sykepleiediagnoser, -intervensjoner og – resultater. Sykepleiediagnoser bygges på spesifikke kjennetegn som er dokumentert gjennom forskning eller erfaringsbasert kunnskap på samme måte som en medisinsk diagnose. Diagnosen angir retningen for intervensjonene. Nursing Intervention Classification [NIC] (Dochterman & Bulechek, 2006) er en klassifikasjon for sykepleieintervensjoner. En sykepleieintervensjon er et overordnet tiltak som består av flere aktiviteter. For eksempel innebærer intervensjon

nummer 5820 Redusere angst, aktiviteter som å opptre rolig og oppmuntre til å uttrykke følelser muntlig. NIC-klassifikasjonen har i dag 514 definerte intervensjoner og nesten 12 000 aktiviteter.

Sjekklisten som ble opprettet i forbindelse med prosjekt for kvalitetssikret og redusert bruk av tvang besto av ni utvalgte sykepleieintervensjoner fra ”Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner” vurdert som sentrale ved aggresjon og uro. Eksempler er risikoidentifisering (6610, s. 640) som blant annet innebærer å kartlegge tidligere voldsatferd i og utenfor institusjon og tilpasse beredskapen etter de erfaringer man tidligere har hatt med pasienten. En annen intervensjon er tilstedeværelse (5340, s. 722) som blant annet innebærer å formidle fysisk og psykologisk trygghet og sikkerhet, samt lytte til pasientens bekymringer. De resterende syv utvalgte intervensjonene var å redusere angst (5820, s.625), assistanse til å kontrollere sinne (4640, s.170), tilrettelegge omgivelser (6480, s.713), atferdshåndtering (4350, s.176), avledning (5900, s.188), realitetsorientering (4820, s.623) og administrering av legemidler (2300, s.129).

Divisjon for psykisk helsevern ved Ullevål universitetssykehus har i forbindelse med innføringen av sykepleieklassifikasjonssystemer som NIC innledet et samarbeidsprosjekt med Høgskolen i Oslo. Torunn Vedal og Morten Wolmer (2009) leder prosjektet som har som mål å kvalitetssikre innholdet i dokumentasjonen av, og selve utførelsen av intervensjonene. I en intern undersøkelse våren 2008 ble det gjennomført en måling av hvordan tre utvalgte sykepleieintervensjoner ble iverksatt og dokumentert på seks ulike poster. En av intervensjonene som ble undersøkt var realitetsorientering (NIC, 4820, s. 623). Vedal og Wolmer fant at det ble brukt sykepleieintervensjoner som ikke var koblet til riktig sykepleiediagnose og at bruk av NIC-begrepene ikke medførte konsekvens i valget av aktiviteter under hver av sykepleieintervensjonene. Resultatene viste at det ble valgt og beskrevet aktiviteter som ikke hørte til under NIC-intervensjonen, eller som hørte til under andre intervensjoner. Aktiviteter utenfor NIC varierte fra pasient til pasient. Resultatene tydet på at det ikke rutinemessig ble sjekket hvilke aktiviteter som hørte til under de ulike NIC-intervensjonene.

Sykepleieklassifikasjonssystemer har fått kritikk fra flere hold. Flere studier konkluderer med at begrensningene i dagens systemer er omfattende (Benner 2004b, Henry & Mead, 1997, 1998). I en norsk undersøkelse fant Angermø (2006) at kun 20 % av tiltakene beskrevet i norske sykepleieres dokumentasjon var inkludert i NIC. Andre retter kritikk mot det de mener er et statisk og reduksjonistisk begrepsapparat som leder tanken bort fra sykepleie og mot medisinsk terminologi (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000).

Evalueringsskjema for sykepleieintervensjonene

Evalueringsskjemaet ble produsert av avdeling for akuttpsykiatri og skulle i intervensjonsperioden fylles ut av vakthavende sykepleier etter en belteleggingsepisode. Evalueringsskjemaet inneholder en oversikt over de ni sykepleieintervensjonene beskrevet i forrige avsnitt. Instruksjonen var å krysse av for hvilke intervensjoner som ble utført og hvilke som ble vurdert som uaktuelle, samt å begrunne valgene i et kommentarfelt.

Statistiske analyser

Dataprogrammet SPSS 16.0 for Windows ble benyttet for å gjennomføre de statistiske analysene.

Gjennomsnittet ble undersøkt for antall innleggelser totalt og antall innleggelser til tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon, de tre benyttede tvangsintervensjonene (mekanisk tvang, skjerming og korttidsvirkende medisinerer) og varighet av belteleggingsepisoder. I tillegg ble oppgitt årsak for tvangsbruk, antall episoder med tvangsbruk per måned analysert.

Design er et avbrutt tidsseriedesign (Minste kvadraters metode [OLS]). Forutsetning for et slik design er fravær av autokorrelasjoner. Dette er kontrollert for med Durbin-Watson som er innen akseptable verdier.

Standard multippel regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke variasjon i antall beltelegginger per uke. Ulike kontrollvariabler ble spesifisert i analysene; antall innleggelser per uke og antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon per uke. Samme analyse ble benyttet for å undersøke variasjon i varighet av belteleggingsepisoder og bruk av skjerming og korttidsvirkende medisinerer.

For å undersøke om den iverksatte intervensjonen hadde effekt på antall beltelegginger ble flere av variablene aggregert og analysert ved hjelp av segmentert lineær regresjon.

Pearson produkt-moment korrelasjonskoeffisient ble benyttet for å undersøke en eventuell samvariasjon mellom mekanisk tvangsbruk, skjerming og korttidsvirkende medisinerer.

I det følgende har jeg valgt å oppgi B i stedet for β fordi samme skala inngår i alle analysene. Se tabell 5 for B for alle regresjonsanalyser.

Resultater

Beskrivelse av utvalget

Data var tilgjengelig for en periode på 12 måneder. Fra januar til desember 2008 ble det registrert 925 innleggelser, hvorav 378 (40,9 %) ble innlagt til tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon. Totalt antall innleggelser per måned varierte mellom 67 og 94 ($M=78,39$, $SD=7,435$). Antall innleggelser til tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon varierte mellom 23 og 43 per måned ($M=33,54$, $SD=6,205$).

Tvangsmiddelbruk i registreringsperioden

I løpet av året ble det registrert 206 tilfeller av mekanisk tvangsmiddelbruk ved avdelingen. Gjennomsnittlig antall per uke var $M=6,55$, $SD=3,867$. De 206 episodene var fordelt på 136 unike pasienter. I løpet av årets tre første måneder ble én unik pasient i utvalget belagt 46 ganger, noe som utgjør 22,3 % av det totale antall episoder. Gjennomsnittlig antall ganger per pasient er 1,5 inkludert denne pasienten, og 1,2 ekskludert denne pasienten. Slike ekstreme tilfeller er vanlig i undersøkelser av tvangsmiddelbruk (Bremnes, Hatling & Bjørngaard 2008) og viktig å være oppmerksom på og ta hensyn til i de statistiske analysene.

Det ble registrert 114 vedtak om skjerming fordelt på 89 pasienter. Gjennomsnittet per uke var $M=2,74$, $SD=1,815$. For korttidsvirkende medisiner ble det registrert 71 episoder fordelt på 41 pasienter. Gjennomsnittet per uke var $M=1,84$, $SD=1,923$.

Tvangsmiddelbruk fordelt etter måned

Tabell 1 viser den månedsvise fordelingen av tvangsmiddelbruk. For mekanisk tvang ligger januar høyest med 34 episoder og juni lavest med 5 episoder. For skjerming er april med 4 og mars med 17 tilfeller ekstremene. For medisiner er laveste antall 2 i både februar og juni og april høyeste antall med 11 tilfeller. Samlet sett er mars med 54 episoder den måneden med flest tilfeller av tvangsmiddelbruk, og juni den med færrest med 14 tilfeller i alt. For mekanisk tvang ser man en numerisk nedadgående trend fra januar til desember. Skjerming og tvangsmedisinering ligger stort sett på samme antall per måned gjennom hele året.

Ser man på totalantallet for tvangsmiddelbruk per måned er det høyest i januar til mai (49,30,54,40,31), det laveste gjennom hele året i juni (15), for så å øke i juli-august-september (39,31,36), og synker og tilsynelatende stabiliserer seg i årets tre siste måneder (23,22,22).

Tabell 1

	Mekanisk tvang		Skjerming		Korttidsvirkende medisiner	
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent
Januar	34	16.5	9	7.9	6	8.5
Februar	19	9.2	9	7.9	2	2.8
Mars	29	14.1	17	14.9	8	11.3
April	25	12.1	4	3.5	11	15.5
Mai	17	8.3	9	7.9	5	7.0
Juni	5	2.4	7	6.1	2	2.8
Juli	21	10.2	11	9.6	7	9.9
August	11	5.3	12	10.5	8	11.3
September	20	9.7	10	8.8	6	8.5
Oktober	11	5.3	9	7.9	3	4.2
November	6	2.9	9	7.9	7	9.9
Desember	8	3.9	8	7.0	6	8.5
Total	206	100.0	114	100.0	71	100.0

Tvangsmiddelbruk fordelt etter post

Tabell 2 viser en oversikt over antall episoder med mekanisk tvang, skjerming og tvangsmedisinering i 2008 fordelt etter post. Mottaksposten er den posten med høyeste andel mekanisk tvang (37 %). Post 4 står for de høyeste andelen av både skjerming (40 %) og korttidsvirkende medisiner (41 %).

Tabell 2

	Mekanisk tvang		Skjerming		Korttidsvirkende medisiner	
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent
Post 1	76	36.9	21	18.4	11	15.5
Post 2	56	27.2	9	7.9	6	8.5
Post 3	34	16.5	36	31.6	20	28.2
Post 4	33	16.0	46	40.4	29	40.8
Post 5	7	3.4	2	1.8	5	7.0
Totalt	206	100.0	114	100.0	71	100.0

Oppgitt årsak for tvangsmiddelbruk

Personalet ble bedt om å oppgi årsak til bruk av tvang ovenfor pasientene. Tabell 3 viser at mekanisk tvang er mest brukt ved tilfeller av "Fysisk angrep person/inventar", "Selvskading" og "Verbalt truende/truende atferd". Skjerming foretrekkes som intervensjon når pasient vurderes som "Psykotisk/manisk", og ved "Uro/forvirring" og "Verbalt truende/truende atferd". Hyppigst oppgitte årsaker for bruk av tvangsmedisinering er "Psykotisk/manisk" og "Verbalt truende/truende atferd". For 22 episoder ble det ikke oppgitt årsak til bruk av tvangsmidler.

Tabell 3

	Mekanisk tvang		Skjerming		Korttidsvirkende medisinering	
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent
Uro/forvirring	16	7.8	30	26.3	6	8.5
Verbalt truende...	26	12.6	25	21.9	13	18.3
Selvskading	53	25.7	3	2.6	4	5.6
Fysisk angrep...	93	45.1	3	2.6	5	7.0
Psykotisk/manisk	8	3.9	36	31.6	26	36.6
Manglende samarbeid...	6	2.9	1	.9	0	0
Annet	1	.5	10	8.8	4	5.6
Total	203	98.5	108	94.7	58	81.7
Missing	3	1.5	6	5.3	13	18.3
Total	206	100.0	114	100.0	71	100.0

Varighet av belteleggingsepisoder

Tabell 4 viser oppgitt varighet av belteleggingsepisoder. De fleste episodene har en varighet på mellom 1 og 3 timer (52 %). Gjennomsnittlig varighet for alle episodene er M=367,25 minutter (6 timer), SD=819,416. Kontrollert for ekstreme uteliggere er gjennomsnittlig varighet M= 252,84 (4 timer).

Tabell 4

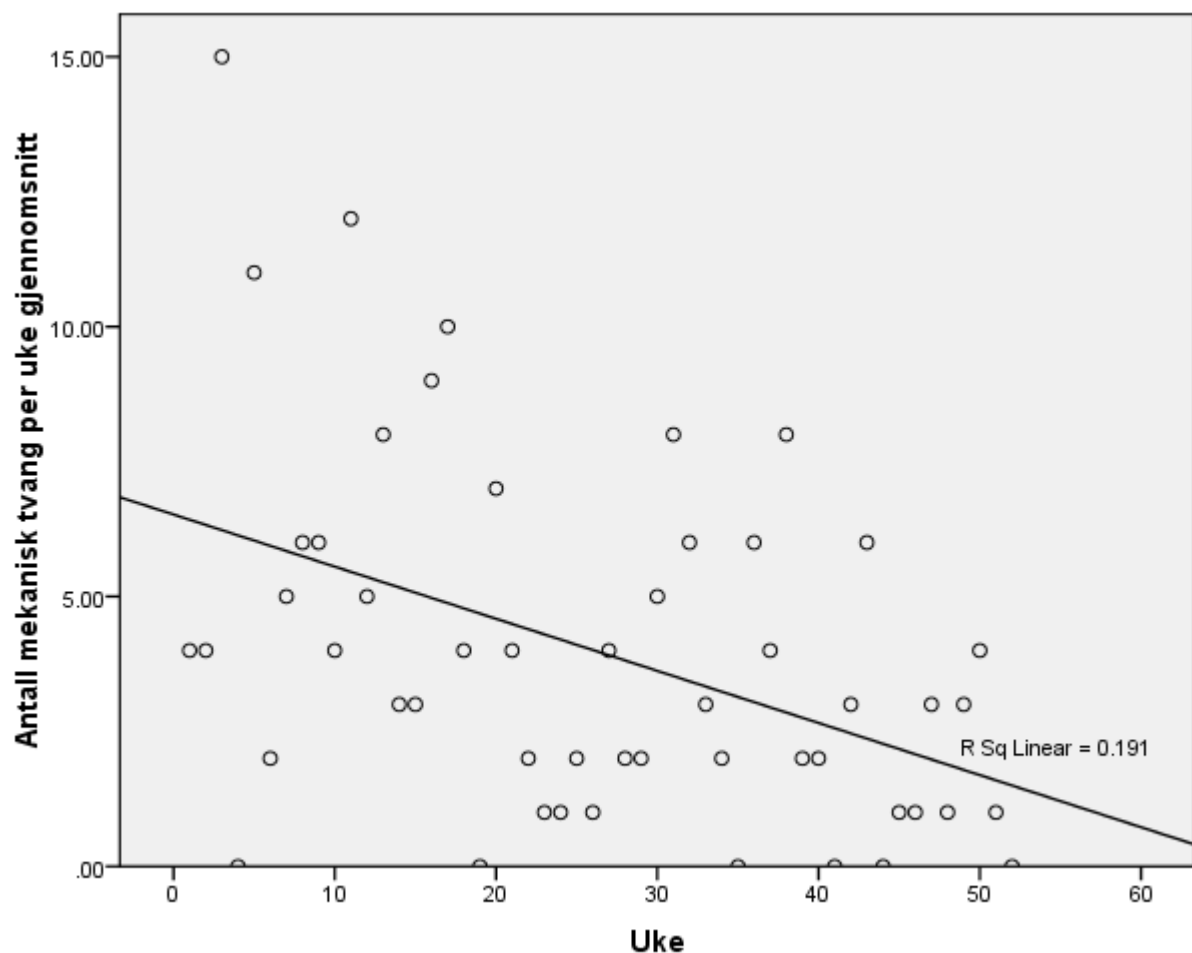
	Frekvens	Prosent
1-3 timer	107	51.9
4-10 timer	66	32.1
11-20 timer	16	7.7
Opp til 3 døgn	9	4.4
Opp til 7 døgn	1	.5
Total	199	96.6
Missing	7	3.4
Total	206	100.0

Regresjonsanalyser

Analyse 1: Reduksjon av mekanisk tvangsbruk i registreringsperioden

Ved bruk av standard multippel regresjonsanalyse ble gjennomsnittlig antall beltelegginger per uke definert som avhengig variabel og ukenummer spesifisert som uavhengig variabel. Regresjonsanalysen viser en tilsynelatende nedadgående trend fra januar til desember 2008 (jf. Graf 1). Antall beltelegginger synker med ,01 % per uke utover i registreringsperioden ($p < .001$). Prediksjonsmodellen som fremgår av analysen forklarer 19 % av variansen i antall beltelegginger per uke.

Graf 1.

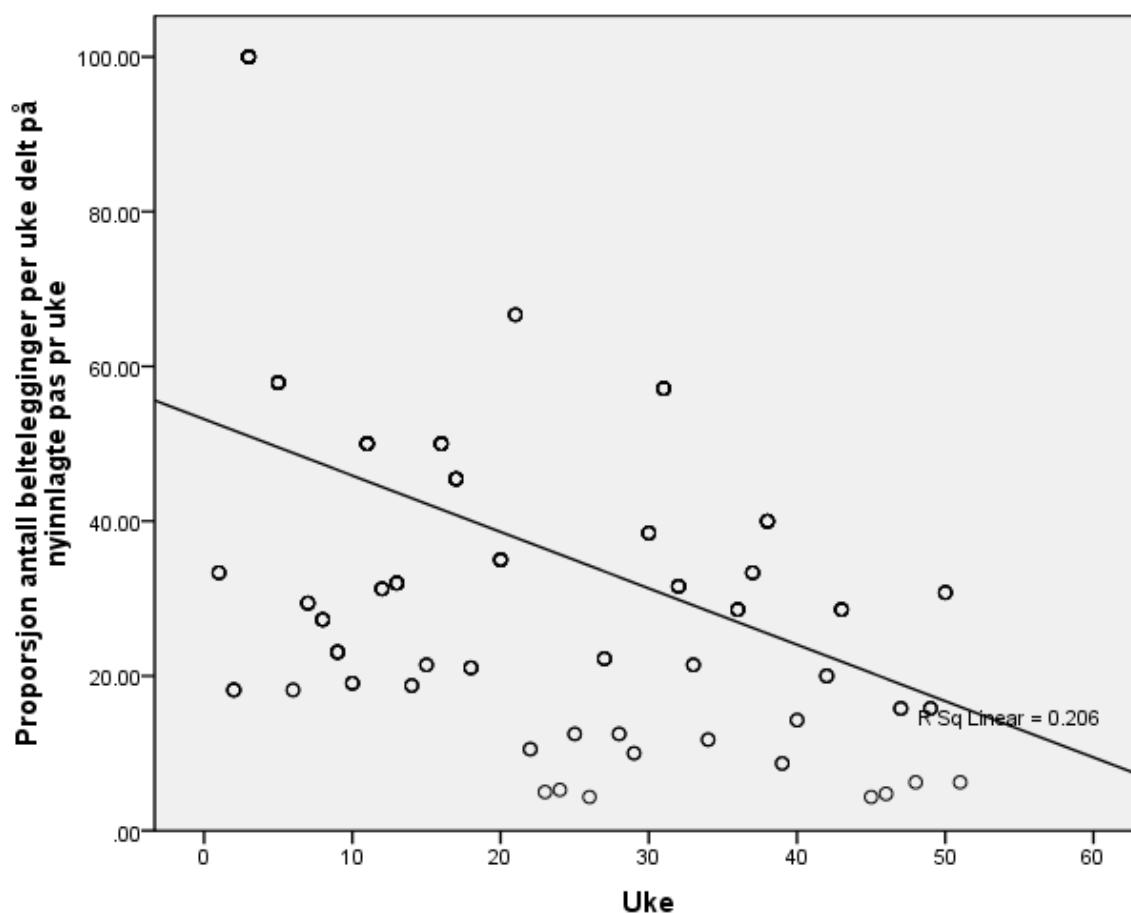


Analyse 2: Reduksjon kontrollert for antall innleggelser per uke

Ved bruk av standard multippel regresjonsanalyse ble antall beltelegginger per uke kontrollert for antall innleggelser per uke. Regresjonsanalysen viser en tilsynelatende nedadgående trend; antall beltelegginger synker med ,729 % ($p < .000$) per uke utover i registreringsperioden.

Prediksjonsmodellen som fremgår av analysen forklarer 20,6 % av variansen i antall beltelegginger per uke.

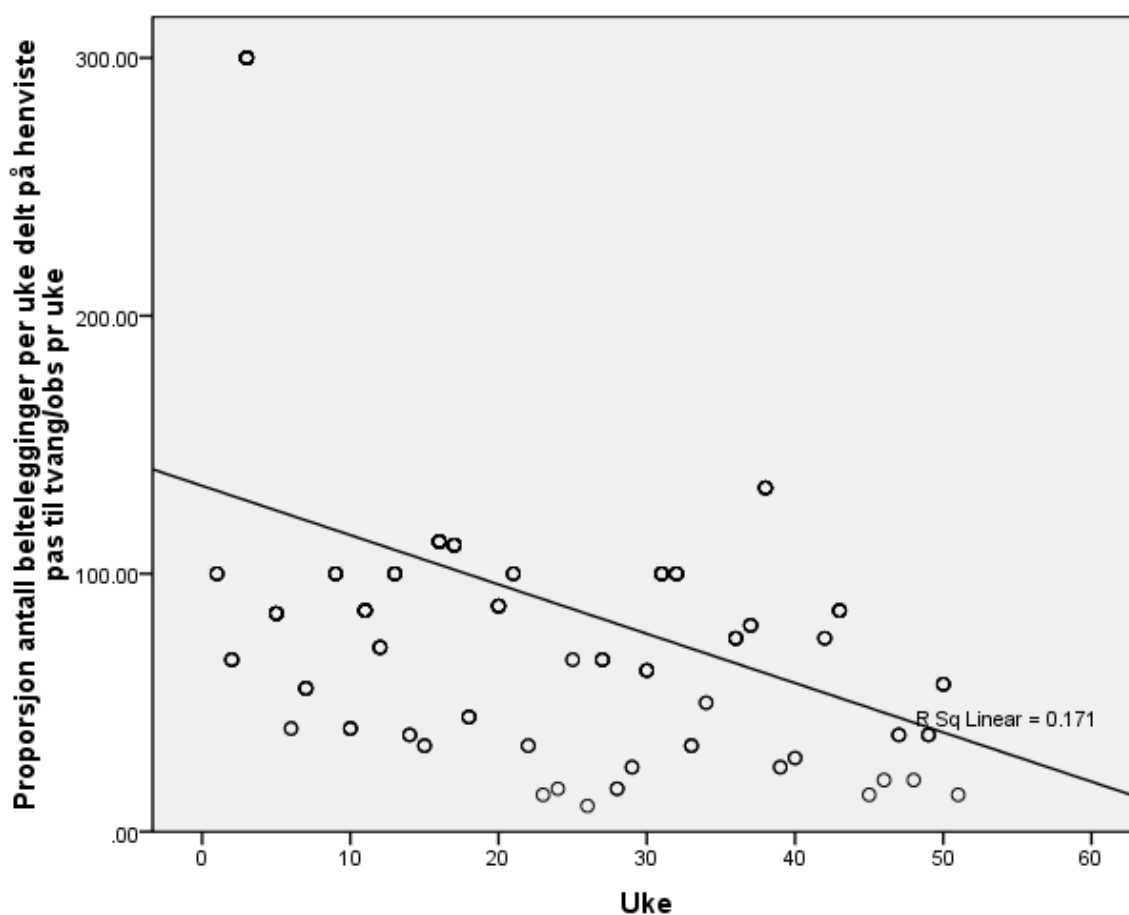
Graf 2.



Analyse 3: Reduksjon kontrollert for antall henvisninger på tvangsparagraf

Ved bruk av standard multippel regresjonsanalyse ble antall beltelegginger per uke kontrollert for antall henvisninger avdelingen mottok til tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon per uke. Regresjonsanalysen viser en tilsynelatende nedadgående trend; antall beltelegginger synker med 1 % per uke ($p < .000$) utover i registreringsperioden (jf. Graf 3), noe som sannsynligvis skyldes et svært høyt proporsjonstall i uke 3 (300 %). Prediksjonsmodellen som fremgår av analysen forklarer 54 % av variansen i antall beltelegginger per uke.

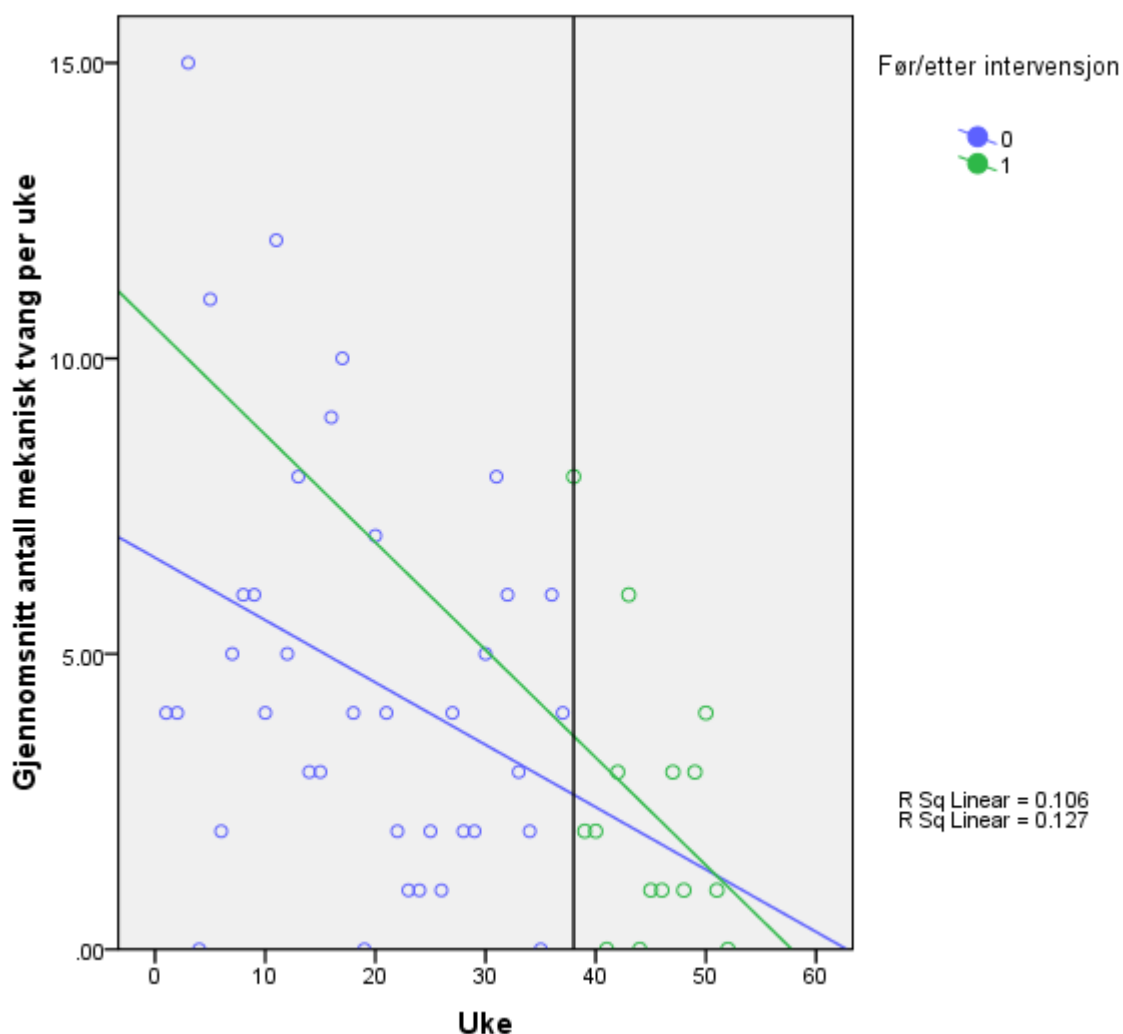
Graf 3.



Analys 4: Effekt av intervensjon på antall episoder med mekanisk tvang

I månedene før intervensjonen ser man en nedadgående trend; fra januar til september synker antall beltelegginger med 0,106 % per måned ($p < .032$). Rett etter intervensjonen er trenden en liten stigning i antall beltelegginger (1,068 %), men denne er ikke statistisk signifikant. I tiden etter intervensjonen ble innført ser man en svak numerisk nedgang i antall beltelegginger (0,183 %), men denne nedgangen er heller ikke statistisk signifikant. Prediksjonsmodellen forklarer 19,6 % av variasjonen i antall beltelegginger.

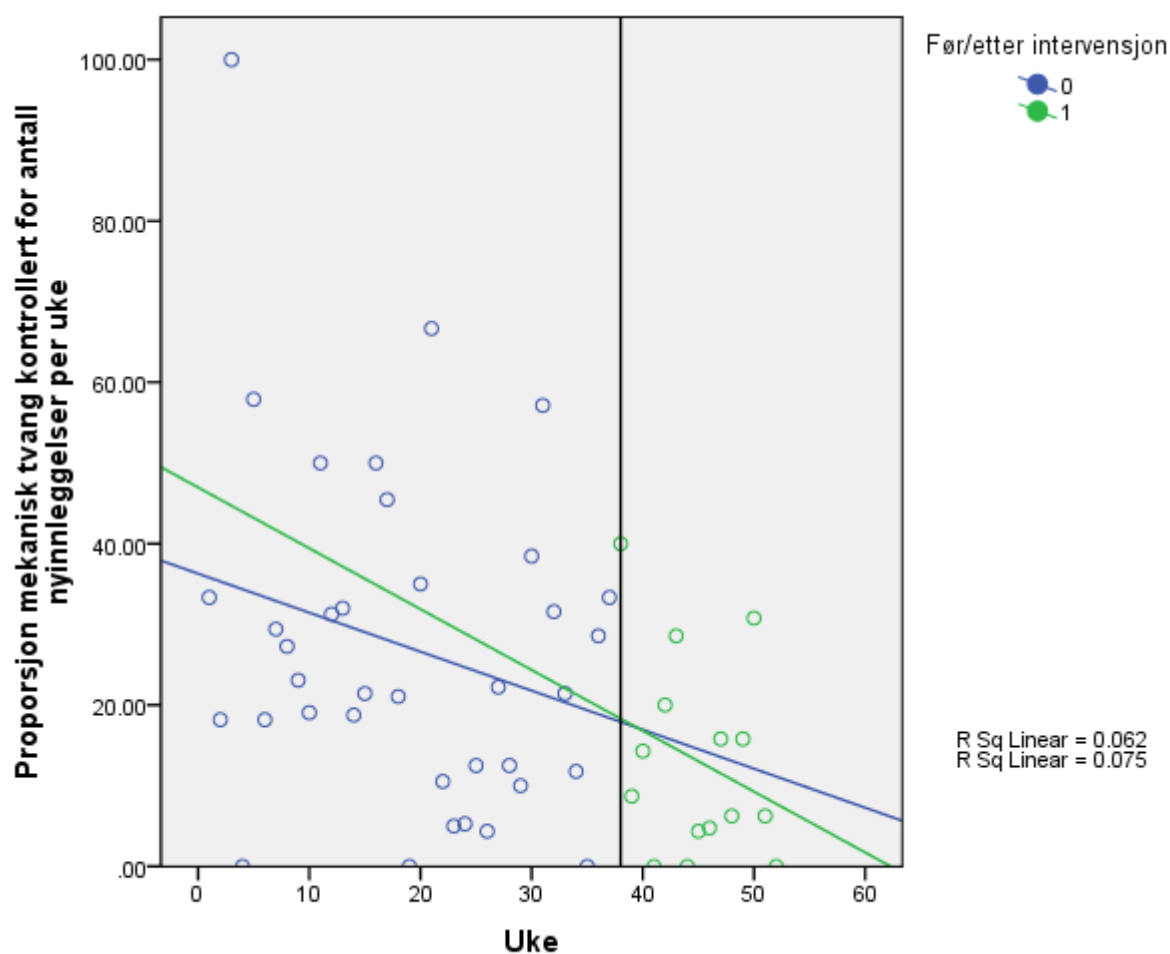
Graf 4.



Analyse 5: Effekt av intervensjon – kontrollert for antall innleggelser per uke

Når man kontrollerer for antall innleggelser per uke bortfaller den statistisk signifikante observerte nedgangen i antall episoder mekanisk tvang i perioden før intervensjonen. Rett etter intervensjonen ser man en økning i antall episoder (0,67 %), og en generell nedgang (-0,755 %) i tiden etter intervensjonen, men disse er ikke statistisk signifikante.

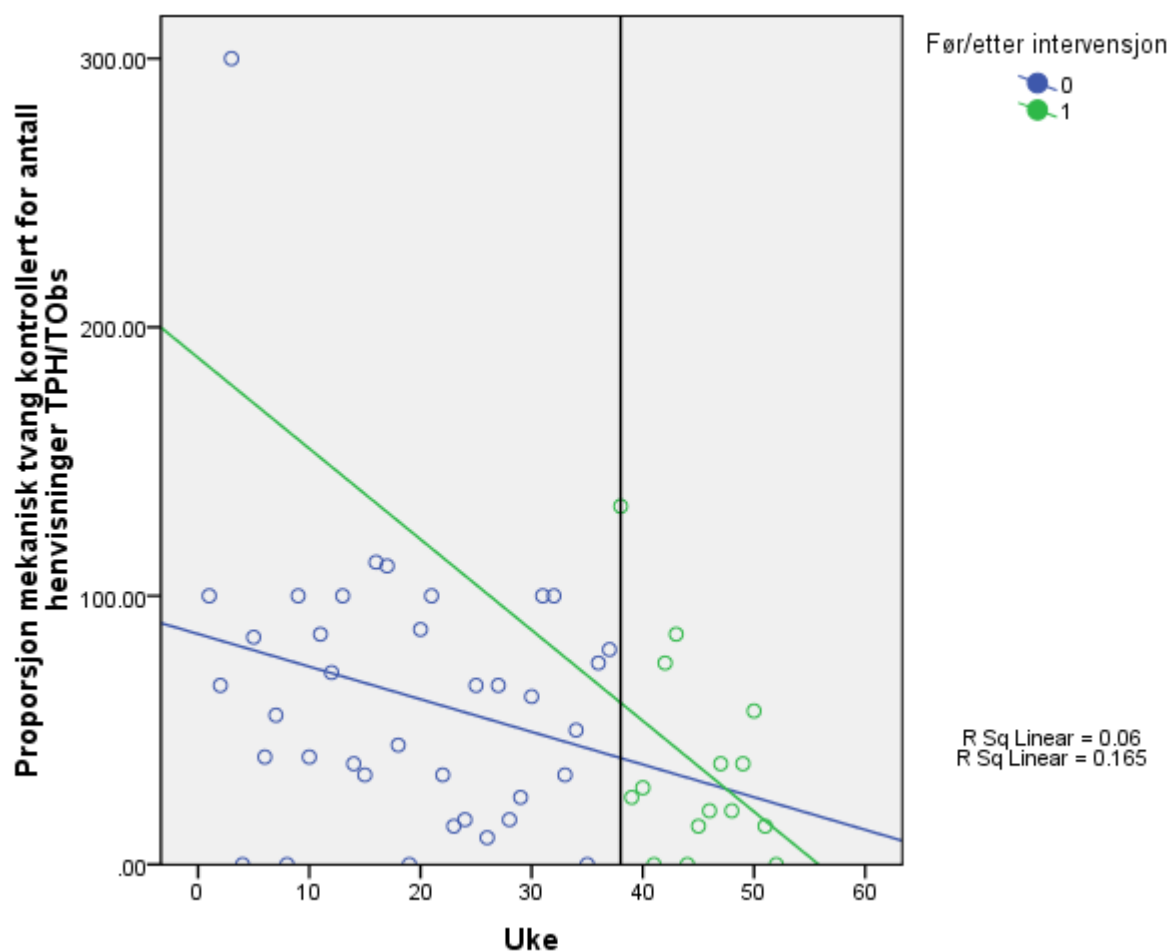
Graf 5.



Analyse 6: Effekt av intervensjon - kontrollert for antall henvisninger på tvangsparagraf

Når man kontrollerer for antall henvisninger til tvungen psykisk helsevern/tvungen observasjon per uke bortfaller den statistisk signifikante observerte nedgangen i antall episoder mekanisk tvang i perioden før intervensjonen. Rett etter intervensjonen ser man her en stor økning i antall episoder (22,7 %), og en generell nedgang (-3,379 %) i tiden etter intervensjonen, men disse er ikke statistisk signifikante.

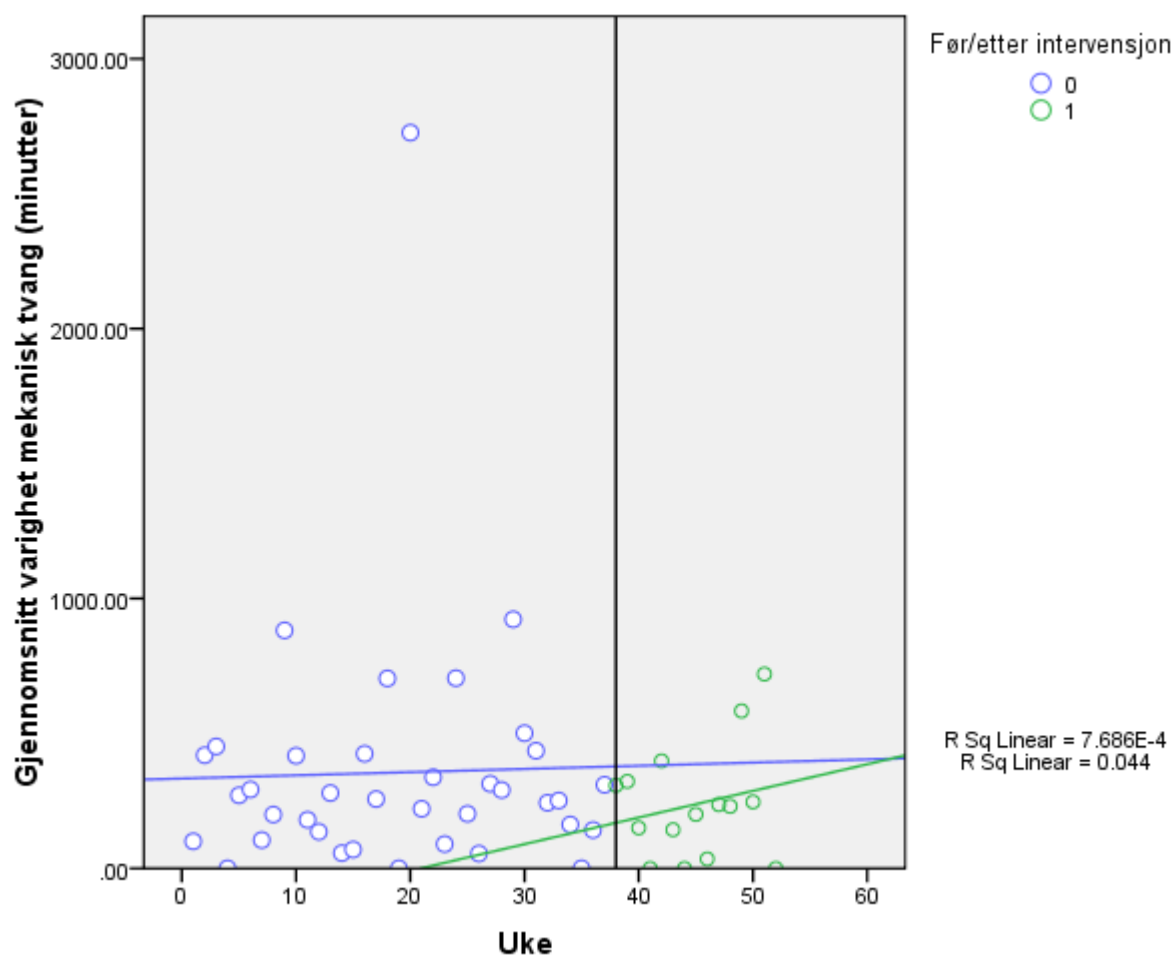
Graf 6.



Analyse 7: Effekt av intervensjon på varighet av mekanisk tvang

Intervensjonen hadde ikke effekt på å redusere tid i belter. Ingen av variablene er statistisk signifikante, og modellen har derfor ingen prediksjonsverdi. Modellen er testet uten en observert ekstrem kasus ved å fjerne uke 20 fra analysene, men dette påvirket ikke resultatet i nevneverdig grad.

Graf 7.



Analyse 8: Skjerming (a) og korttidsvirkende medisiner (b)

Resultatene viser ingen statistisk signifikant variasjon i antall tilfeller av skjerming eller korttidsvirkende medisiner i 2008. For skjerming ser man en svak økning i antall tilfeller i månedene før intervensjonen (,006 %), og en svak nedgang rett etter (-,145 %) og i tiden etter intervensjonen (0,018 %). Resultatene for korttidsvirkende medisiner viser en svak økning i perioden før intervensjonen (,019 %), reduksjon rett etter intervensjon (-1,674 %), og en økning i tiden etter intervensjonen (0,94 %).

Tabell 5

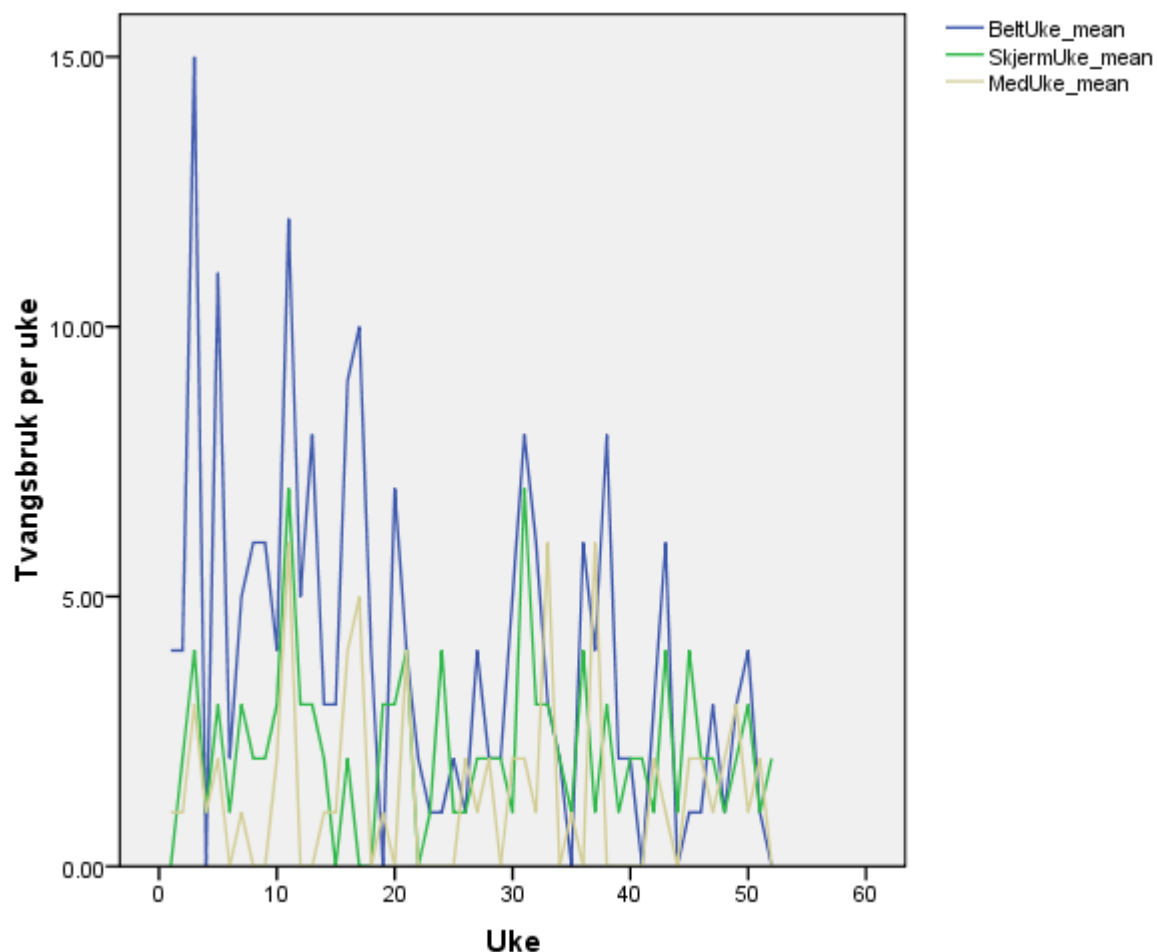
	B	t	Sig.
Analyse 1	6.520	7.617	.000
Analyse 2	53.178	20.942	.000
Analyse 3	83.600	51.017	.000
Analyse 4	6.626	6.380	.000
Analyse 5	36.287	5.785	.000
Analyse 6	85.801	5.270	.000
Analyse 7	333.167	2.399	.020
Analyse 8			
a.	2.126	4.084	.000
b.	1.153	2.063	.045

Korrelasjonsanalyse

Tvangsmidler

Forholdet mellom mekanisk tvang, skjerming og korttidsvirkende medisinerer ble undersøkt ved bruk av Pearson produkt-moment korrelasjonskoeffisient. Resultatene viser en positiv korrelasjon mellom mekanisk tvang og skjerming av medium styrke ($r = .46$, $n=52$, $p < .001$), og en positiv korrelasjon mellom mekanisk tvang og tvangsmedisinering av medium styrke ($r = .36$, $n=52$, $p < .008$). Forholdet mellom skjerming og tvangsmedisinering viste ikke statistisk signifikant samvariasjon. Skjerming forklarer 21,16 % av variansen i antall beltelegginger per uke. Tvangsmedisinering forklarer 12,96 % av variansen i antall beltelegginger per uke.

Graf 8.



Oppsummering av resultater

Målet med denne oppgaven var å undersøke effekten av en intervensjon iverksatt for å redusere tvangsbruk. Grunnlaget for analysene var registreringer gjort av ansatte ved akuttavdelingen fra januar til desember 2008. Resultatene viste en signifikant nedgang i antall beltelegginger i løpet av registreringsperioden. Nedgangen var signifikant også når det ble kontrollert for totalt antall innlagte og antall henvisninger på tvangsparagraf per uke. Intervensjonen hadde ikke effekt på antall episoder med mekanisk tvangsmiddelbruk. Resultatene viste altså en nedgang i antall episoder i tiden før intervensjonen, men selve intervensjonen i seg selv førte ikke til en statistisk signifikant nedgang i antall episoder. Intervensjonen hadde heller ingen effekt på skjerming og tvangsmedisinering, og her ser man heller ingen nedgang i tiden før intervensjonen ble iverksatt. Korrelasjonsanalyse viste en viss samvariasjon mellom de ulike typene tvangsmidler; bruk av både tvangsmedisinering og skjerming øker når antall beltelegginger øker. Antall minutter per belteleggingsepisode viste ingen predikerbar variasjon i løpet av registreringsperioden, og intervensjonen hadde heller ikke effekt på denne variabelen.

Diskusjon

Formålet med denne oppgaven var å undersøke et prosjekt iverksatt for å kvalitetssikre og redusere bruken av tvangsmidler ved en avdeling innen akutt psykisk helsevern. Resultatene vil i det følgende diskuteres i lys av aktuell litteratur på feltet. Deretter vil metodologiske begrensninger og kliniske implikasjoner av funnene diskuteres. Avslutningsvis følger en konklusjon basert på denne gjennomgangen.

Statistisk signifikant nedgang i antall beltelegginger i registreringsperioden

Det viktigste funnet i denne undersøkelsen var at antall beltelegginger gikk ned i løpet av registreringsperioden. I en gjennomgang av 29 forsøk på å redusere bruken av tvangsmidler fant Scanlan (2009) som nevnt at de fleste av disse forsøkene suksessfullt effektuerte en reduksjon, og at en av de viktigste faktorene ble funnet å være engasjement fra lokale eller andre myndigheter. I en undersøkelse av norske forhold fant også Nordvoll, Hatling og Hem at der hvor alle nivåene i sykehuset var involvert, var det lettere å få til endring i tvangsbruken. Ved avdelingen hvor ledelsen ikke var engasjert var arbeidet tyngre og forfatterne påpeker at å snu en kultur krever ledere som hjelper og støtter (2008). Forsøket som vurderes i denne oppgaven ble også iverksatt med grunnlag i press fra både øvre (Sosial- og helsedirektoratet) og lokale (ledelsen i Divisjon for psykisk helse) myndigheter, noe som sannsynligvis økte personalets bevissthet på egne valg om bruk av tvangsmidler.

En annen viktig faktor i Scanlan sin gjennomgang var å engasjere nøkkelpersoner i avdelingene som man antok ville påvirke resten av personalet. Prosjektgruppen på Ullevål besto av 15 personer i ledende stillinger ved de 5 postene på avdelingen. Dette kan muligens være med på å forklare den observerte nedgangen; lokale myndigheter, nøkkelpersoner og dermed andre medarbeidere ble mer bevisst på problemstillinger rundt tvangsmiddelbruk og derfor mer forsiktige med å benytte denne typen intervensjoner. Personalet på akuttavdelinger som deltok i prosjektet Brukerorienterte alternativer til tvang (BAT-prosjektet) rapporterte at terskelen for å bruke tvang ble hevet, at de i større grad prøvde ut alternativer og utførte tvangen mer skånsomt etter å ha deltatt i prosjektet (Nordvoll, Hatling & Hem, 2008). Resultatene fra Gjennombruddsprosjektet i psykiatri (Høie, 2000) viste samme trend; mer bevisstgjort personale (og bedre informasjon til pasienter) førte til en betydelig reduksjon i tvangsmiddelbruken ved 19 avdelingen for akutt psykisk helsevern.

Noe som støtter at funnet om reduksjon i antall beltelegginger skyldes økt fokus, er at

man ikke så en tilsvarende reduksjon i skjerming og bruk av korttidsvirkende medisiner. Dette ble kontrollert for i gjennomgangen av undersøkelsen, men var i utgangspunktet ikke et uttalt mål for prosjektet.

En annen mulig forklaring er at den nedadgående trenden i beltelegginger fra januar til desember er en del av naturlige svinginger i bruken av tvangsmidler. De studiene Scanlan refererer strekker seg typisk over flere år, og en kan derfor bedre kontrollere for om en eventuell reduksjon eller økning er en del av et mønster knyttet til for eksempel sesongvariasjon, enkeltpasienter, at effekten er stor med en gang intervensjonen iverksettes, så flater ut, for så å øke igjen, og så videre. I datamaterialet ser en faktisk en tendens til utflating mot slutten av året, og man kan stille spørsmål ved om man her når en bunnlinje for bruk av mekanisk tvang. På grunn av at pasientgruppen ved en slik avdeling har akutte plager mener de fleste at bruk av tvang ved innleggelse og i behandling er nødvendig i enkelte situasjoner og ovenfor enkelte pasienter (Bremnes, Hatling & Bjørngaard, 2008). Andre mener total eliminering av tvangsmiddelbruk er mulig, noe for eksempel Ashcraft og Anthony (2008) viste i en studie av to krisesentre over flere år.

Det er neppe grunnlag for å tro at en i løpet av denne korte prosjektperioden fanger opp en systematisk trend. I følge Hatling, Ådnanes og Bjørngaard (2001) skyldes variasjonen i tvangsmiddelbruk ofte enkeltpasienter og kapasitetsproblemer. Knutzen et al. (2002) undersøkte utviklingen i tvangsmiddelbruk ved akuttavdelingen ved Ullevål sykehus fra 1994-1999, og fant at særlig 1994 og 1999 lå lavt når det gjaldt antall ganger. I en kommentar til Knutzens undersøkelse påpeker Hatling et al. (2001) at det er grunn til å anta at dette skyldes tilfeldige variasjoner på linje med det som er påvist i andre undersøkelser. Disse forfatterne sammenligner tallene for mekanisk tvang i forhold til beleggprosent, og finner da en viss utjevning mellom årene. Forfatterne mener dette indikerer at økt belegg, og sannsynligvis flere pasienter, fører til økt tvangsmiddelbruk. Datamaterialet i denne undersøkelsen stemmer overens med denne konklusjonen, da antall innleggelser per uke ble funnet å forklare 20 % av variasjonen i beltelegginger per uke. Samtidig sto en enkeltpasient for 46 episoder med mekanisk tvang i årets tre første måneder. Det er klart at en slik ekstrem kasus påvirker tallene, men nedgangen er klar selv når man utelukker denne pasienten.

Ingen effekt av intervensjon på antall episoder med mekanisk tvang

Resultatene fra denne undersøkelsen viser at intervensjonen som ble iverksatt ved avdelingen for å redusere antall episoder med beltelegginger ikke hadde noen statistisk signifikant effekt. Intervensjonen ble implementert 15. september 2008 og besto av en sjekkliste for voldsrisiko

(Brøseth Violence Checklist), en sjekklister med sykepleieintervensjoner og et evalueringsskjema. Prosjektet ble avsluttet 31. desember 2008. Målingene viser tvert i mot en svak økning i antall beltelegginger rett etter intervensjonen, men dette må tolkes med forsiktighet da resultatet ikke er statistisk signifikant.

I programmene Scanlan undersøkte varierte reduksjonen i mekanisk tvangsbruk fra 24 % - 100 %, mens noen programmer, i likhet med denne undersøkelsen, ikke viste noen endring i mekanisk tvangsbruk. Det som kjennetegnet manglende effektiv reduksjon var i følge Scanlan at disse programmene var initiert fra "bunnen og opp", det vil si at de ikke hadde en sterk forankring i lokale og øvre myndigheter. Det aktuelle prosjektet hadde en slik forankring, men dette hadde muligens bare effekt i tiden før intervensjonen. Kanskje sank engasjementet når personalet i en travel hverdag fikk tilleggsoppgaver i forbindelse med episoder med tvangsmiddelbruk.

I et program som også registrerte skader på pasient og personalet fant Khadivi et al. (2004) en økning i antall skader etter intervensjonen ble iverksatt. Forfatterne knytter dette til for dårlig opplæring av personalet i alternative intervensjoner. En annen studie fant en økning i varighet av beltelegginger etter at etter en ny lov som kompliserte prosessen med å benytte mekanisk tvang som intervensjon ble innført (Keski-Valkama, Sailas, Eronen, Koivisto, Lönnqvist & Kaltiala-Heino, 2007). Dette resultatet knyttes også til manglende opplæring av personalet i håndtering av krisesituasjoner. Opplæring av personalet var en av de viktigste faktorene for suksessfull reduksjon av tvangsmiddelbruk i Scanlans gjennomgang, og kan muligens forklare den manglende effekten av intervensjonen i denne undersøkelsen. Personalet blir oppfordret til å redusere bruken av tvangsmidler som intervensjon, men får ikke grundig opplæring i *hvordan* de best kan gjøre dette og *hvilke* intervensjoner de kan benytte seg av i stedet.

At det som skal studeres endrer seg i tiden før intervensjonen igangsettes er ikke uvanlig i psykologisk forskning. Et velkjent funn fra psykoterapiforskningen er for eksempel at den største positive endringen i pasientens livskvalitet skjer *før* personen starter i terapi; nemlig når bestemmelsen om å oppsøke en psykolog blir tatt (Tallman & Bohart, 1999).

Ingen effekt av intervensjon på varighet av beltelegginger

Et uttalt mål med prosjektet var å redusere varighet av hver enkelt belteleggingsepisode. Kontrollert for ekstreme enkeltkasus fant jeg imidlertid ingen statistisk signifikant variasjon i antall minutter, og heller ingen trend mot økning eller reduksjon. Denne hypotesen var i utgangspunktet helt åpen da målet med prosjektet var å redusere både antall beltelegginger og

varighet av beltelegginger. En studie fra Finland (Keski-Valkama et al., 2007) fant nemlig at ettersom antall episoder mekanisk tvang gikk ned, økte varigheten av hver enkelt episode. Denne studien var ment å undersøke effekten av en nyinnført lov som gjorde det mer komplisert å ta i bruk mekanisk tvang. Forfatterne konkluderte med at innføringen av en ny lov som gjør det "vanskeligere" for personalet å benytte tvangsmidler som intervensjon *uten* samtidig opplæring i alternative intervensjoner, førte til den observerte økningen i varighet. Slik kunne man forvente en økning i varighet av belteleggingsepisoder i perioden januar – september, men dataene viser ingen slik trend. De 29 studiene Scanlan vurderte var alle amerikanske og i USA har man som nevnt en øvre grense for tid i belter på 4 timer. Jeg har ikke funnet andre studier utenom den i Finland som undersøker denne problemstillingen. De manglende resultatene fra den aktuelle undersøkelsen støtter altså ikke Keski-Valkama og kollegers funn.

Skjerming og bruk av korttidsvirkende medisiner

Skjerming og korttidsvirkende medisiner er intervensjoner som, i tillegg til beltelegging, benyttes mot aggresjon og uro ved avdelingen. Analysene viser ingen predikerbar variasjon i skjerming eller korttidsvirkende medisiner i løpet av registreringsperioden, og heller ingen effekt av intervensjonen. Som nevnt var det mekanisk tvangsmiddelbruk som var hovedfokus for prosjektet, noe som kanskje kan forklare at man ikke ser samme trend her.

I 2008 ble det registrert 206 tilfeller mekanisk tvang, 114 vedtak om skjerming og 71 episoder med bruk av korttidsvirkende legemidler ved avdelingen som helhet. SINTEF sine målinger av tvangsmiddelbruk ved norske sykehus fant samme rekkefølge for den aktuelle avdelingen. En kartlegging (Pedersen, Hatling & Bjørngaard) fra 2004 viser at avdelingen benytter beltelegging hyppigere enn de to andre intervensjonene. Av 26 sykehus ble Ullevål nummer 11 når det gjaldt bruk av belter, og nummer 17 i både bruk av skjerming og korttidsvirkende medisiner. Det kan muligens forholde seg slik at dette var en stabil trend, og at skjerming og korttidsvirkende medisiner allerede var på et lavt nivå og slik ikke like påvirkelig som bruk av mekanisk tvang.

I likhet med Bremnes, Hatling, Bjørngaard (2008) fant jeg at bruken av tvangsmidler hang sammen; når antall beltelegginger økte, økte også bruken av både tvangsmedisiner og vedtak om skjerming. Også Knutzen fant en tendens til tyngre tvang (kombinasjon av flere typer tvangsmidler) i sin registerstudie, men dette funnet gjaldt hovedsaklig ikke-etniske nordmenn (2004). Datamaterialet i den aktuelle undersøkelsen støtter funnet om at høy bruk

av ett tvangsmiddel fører med seg høy bruk av andre tvangsmidler, det er ingen typiske substitusjonseffekter.

Type tvangsmiddel og diagnose

Resultatene viser forskjeller i hvilken type tvangsmiddel de ulike postene benytter mest. Fordi jeg ikke har opplysninger om enkeltpasienters diagnose baserer jeg denne analysen ut i fra hvilken post episoden skjedde på, og antar at vedkommende pasient hadde en diagnose innen diagnosegruppene den posten var ment å ivareta. Skjerming benyttes flest ganger (82) ovenfor pasienter med rus- psykoseproblematikk. Disse pasientene står også for flesteparten av tilfellene med medisinerings (49). Mekanisk tvang har en høy frekvens på mottaksposten (76) hvor pasientene kommer inn for øyeblikkelig hjelp, og benyttes tilsynelatende hyppig (56) på post 2 som tar i mot pasienter med selvskadings- og selvbildeproblematikk, posttraumatisk og akutt stress, samt personlighet og spiseforstyrrelser. Når man tar i betraktning at 36 av disse episodene var knyttet til en pasient, ser vi at bruken likevel ikke er veldig stor på denne posten.

Det er klart at posten for øyeblikkelig hjelp, samt de to psykose-postene står for det meste av tvangsmiddelbruken, mens krise/traume- og affektiv-posten står for en relativt liten del av bruken. Dette er delvis i overensstemmelse med Wynn (2002) sin undersøkelse ved et annet norsk sykehus som fant at mekanisk tvang ble mest brukt, fulgt av korttidsvirkende medisinerings og isolering. Wynn registrerte imidlertid ikke skjerming, og avdelingen i min undersøkelse benytter ikke isolering. Wynn fant videre at type tvangsmiddel varierte signifikant med diagnosegruppe. På grunn av ulik operasjonalisering er det vanskelig å sammenligne diagnose og type tvangsmiddel på tvers av studiene.

Bremnes, Hatling, Bjørngaard (2008) mener det er grunn til å hevde at det er en sammenheng mellom alvorlighetsgrad ved pasientens lidelse og bruk av tvangsmidler, og da særlig diagnoser innen schizofrenispekteret. I sin analyse fant de en begrenset sammenheng mellom alvorlighetsgrad og institusjonenes tvangsmiddelbruk. I den aktuelle undersøkelsen hadde man heller ikke opplysninger om alvorlighetsgrad for den enkelte pasients lidelse. Flere studier finner ikke en slik sammenheng, og man antar at dette kan skyldes at hoveddiagnosegruppene er for grove mål på alvorlighetsgrad. Til tross for svært grove diagnoseinndelinger, kan den aktuelle undersøkelse sies å støtte funnet om at pasienter med psykoseproblematikk er den pasientgruppen som hyppigst utsettes for tvangsmiddelbruk.

Årsak til bruk av tvangsmidler

Tvangsmidler benyttes både for å hjelpe eller behandle pasienten og for å kontrollere ham eller henne (Kaltiala-Heino, Tuohimäki, Korkeila og Lehtinen, 2003). I den aktuelle undersøkelsen kunne den ansvarlige sykepleieren oppgi i fritekst hva vedkommende anså som årsaken til tvangsmiddelbruk. De fleste forklaringene passet inn under 5 kategorier, hvor 2 ("Uro/forvirring" og "Psykotisk/manisk") kan defineres som hjelp/behandling, og 3 ("Verbalt truende/truende atferd", "Selvskading" og "Fysisk angrep person/inventar") som kontrolltiltak.

Beskrivelsen "Fysisk angrep person/inventar" ble oppgitt som årsak til de fleste tilfellene av mekanisk tvang (45 %). I svært få tilfeller førte denne årsaken til skjerming eller korttidsvirkende medisiner. Det ble registrert 53 tilfeller av mekanisk tvang mot "Selvskading", men dette høye tallet skyldes en enkeltpasient og er derfor overestimert. Det er klart at skjerming brukes mer som et behandlingstiltak, da de to "behandlingskategoriene" oftest fører til denne typen intervensjon. Korttidsvirkende medisiner benyttes oftest som behandlingstiltak (Psykotisk/manisk), men også en del mot "Verbal truende...". I følge Fisher (1994) er trusler om vold eller faktisk vold teoretisk sett den mest aksepterte indikasjonen for bruk av tvangsmidler. Men i praksis har studier funnet at ikke-voldelig forstyrrende atferd er den vanligste indikasjonen for bruk av tvangsmidler. I en analyse av 17 studier om årsakene til bruk av *isolering*, hadde bare tre av studiene vold og trusler om vold som de hyppigst oppgitte årsakene (Brown & Tooke, 1992).

I en retrospektiv undersøkelse av personalets oppgitte årsaker til bruk av tvangsmidler fant Kaltiala-Heino et al. (2003) 6 hovedkategorier: vold, trusler om vold, ødelegger inventar, trusler om å ødelegge inventar, opphisset/desorientert og ikke-klassifiserbart. Analysene viste at kategorien "Opphisset/desorientert" oftest førte til bruk av mekanisk tvang, noe som overrasket forskergruppen som teoretisk sett hadde en hypotese om vold som hovedårsak.

Resultatene fra den aktuelle undersøkelsen ser ut til å bekrefte at avdelingen følger de anbefalinger som fremkommer i litteraturen, nemlig at vold og trusler om vold er den mest brukte forklaringen på bruk av mekanisk tvang. Så kan man stille spørsmål ved om norske pasienter er mer aggressive og voldelige enn pasienter i finsk psykisk helsevern. Til tross for nevnte problemer med å sammenligne ulike land, ligger Finland på topp i bruk av tvangsmidler. Kan det hende at, som forfatterne selv påpeker, at finske pasienter legges inn og blir utsatt for tvang før de utvikler voldelig atferd? Det kunne i så fall forklart de høye ratene for tvangsinnleggelse i Finland. På samme tid er det ikke så store forskjeller i ratene mellom Norge og Finland (195 mot 218 per 100 000 innbyggere). Kategoriene "Uro/forvirring" og

”Psykotisk/manisk” kan kanskje tilsvare den finske kategorien ”Opphisset/desorientert”, men der finnene benytter mekanisk tvang og isolering, benytter avdelingen på Ullevål hovedsakelig skjerming, og i mindre grad korttidsvirkende medisiner, mot denne typen atferd.

Metodologiske begrensninger

Det at oppgaven er basert på allerede innsamlede data gjør at noen sammenligninger og ønskelige analyser ikke er mulige. Hadde prosjektet vært planlagt og utført ut i fra forskning på feltet kunne flere interessante analyser sett dagens lys. I det følgende diskuteres de viktigste begrensningene i oppgaven.

Intern validitet

Lengden på registreringsperioden er en begrensning ved den aktuelle undersøkelsen. Et lengre tidsperspektiv på prosjektet kunne gjort det mulig å kontrollere for variabler som for eksempel beleggprosent, sesongvariasjon eller enkeltpasienter med høy tvangsbruk på en statistisk sett kraftigere måte.

Intervensjonen ble innført på alle postene på avdelingen slik at man ikke hadde noen kontrollgruppe å sammenligne eventuelle resultater med. Et slikt design ville økt den interne validiteten, men naturligvis vært langt mer ressurskrevende. Samtidig knytter det seg åpenbare etiske problemer til et slikt design på en akuttavdeling. I det aktuelle prosjektet var imidlertid ikke intervensjonen av en slik art at det ville vært uaktsomt å nekte en del av pasientene tilgang til denne. Fordi dette ikke var en kontrollert studie kan man ikke definitivt knytte reduksjonen i beltelegging til de undersøkte variablene. Reduksjonen kan for eksempel skyldes naturlige svingninger, endringer i personalets holdninger eller andre organisasjonsmessige faktorer. Samtidig er det ingen garanti for at sykepleieintervensjonene ble utført på samme måte av personalet, slik kan ulik praksis være årsak til den manglende effekten av intervensjonen. I en undersøkelse som inkluderte den aktuelle avdelingen fant Vedal og Wolmer (2009) at det ble brukt sykepleieintervensjoner som ikke var koblet til riktig sykepleiediagnose og at bruk av de standardiserte begrepene ikke medførte konsekvens i valget av aktiviteter under hver av sykepleieintervensjonene. Intervensjonen har i følge undersøkelser svært lav reliabilitet, og kan derfor ikke forventes å ha effekt på praksis.

Som nevnt knytter det seg betydelige utfordringer til det å sammenligne bruk av tvang mellom ulike enheter på en valid og reliabel måte. Forskjeller i lovverk og praksis, forskjeller i hva som registreres og hvordan, er noen av problemene som gjør dette til en utfordrende oppgave (Helsedirektoratet, 2009).

Design

Metoden som ble benyttet var en retrospektiv analyse av registrerte episoder med tvangsbruk. En retrospektiv undersøkelse er en reliabel metode for å registrere episoder med tvangsmiddelbruk fordi det er obligatorisk å dokumentere slike hendelser (Kaltiala-Heino, 1999). En begrensning med denne metoden er at en ikke får innblikk i nyanser ved hver enkelt episode. En mer detaljert analyse av situasjonelle faktorer ville krevd kvalitative forskningsmetoder som for eksempel observasjon. Slike metoder er imidlertid ekstremt ressurskrevende og man risikerer å endre etablert praksis. Et retrospektiv design som i den aktuelle undersøkelsen er effektivt og unngår slik risiko.

Generaliserbarhet

Undersøkelser i naturlige settinger gir økt ekstern validitet. Tvangsmiddelbruk er i følge forskningslitteraturen et fenomen med svært lokale variasjoner. Dette setter spørsmålstegn ved gyldigheten av denne undersøkelsens resultater for andre akuttavdelinger i norsk psykisk helsevern. Prosjektets formål var imidlertid å kvalitetssikre og redusere bruk av beltelegging ved en spesifikk avdeling i et gitt tidsrom.

Kliniske og forskningsmessige implikasjoner

Til tross for at man fortsatt mangler kunnskap om virkningene av tvangsmiddelbruk på sikt er det konsensus i fagmiljøet om at bruk av tvangsmidler bør reduseres med begrunnelse i etiske hensyn. Det er også et overordnet mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse at minst mulig tvang skal være et uttalt mål i behandlingen. Kvalitetssikret og redusert bruk av tvangsmidler og -innleggelser er et viktig mål for akuttavdelingen på Ullevål. Ønsker og engasjement er imidlertid ikke nok dersom man vil oppnå varige resultater. En metastudie (Scanlan, 2009) konkluderer med at det er mulig å oppnå vesentlige reduksjoner i bruken av tvangsmidler ved hjelp av bredt baserte programmer som adresserer problemet fra flere forskjellige vinkler. De mest effektive programelementene virker å være solide mandat på nasjonalt nivå, sterkt lederskap på lokalt nivå og engasjement hos ansatte i frontlinjen. Tilgjengelig evidens tilsier at en enhet som ønsker å redusere bruken av tvangsmidler bør etablere programmer som inkluderer ekstern gjennomgang av tvangsepisoder, debriefing for personalet, pasienter og pårørende, bredt baserte treningsprogrammer for ansatte og programendringer på enhetsnivå.

Et annet viktig mål som presiseres i Opptrappingsplanen er brukermedvirkning. Mange pasienter på avdelinger innen akutt psykisk helsevern har klare preferanser og meninger om krisetiltak (Veltkamp, Nijman, Stolker, Frigge, Dries & Bowers, 2008) som i større grad burde bli utforsket. Et generelt ønske fra pasienter er større mulighet til å si sin mening, bli tatt på alvor og hørt. Behovet for bedre kommunikasjon understrekes av at pasienter som forstår årsaken til tvangsmiddelbruken vurderer den som mer effektiv.

Både nasjonale og internasjonale studier viser at det er store regionale forskjeller i bruk av tvangsmidler. Dette kan avhenge av mange faktorer, men det virker sannsynlig at den enkelte personalgruppes holdninger og kultur bidrar til de ulike ratene. Når man setter i gang et prosjekt som dette er det viktig å identifisere eventuelle barrierer for suksess (Curran, 2007). I personalgruppen kan det for eksempel finnes individer som frykter for egen sikkerhet eller mangler kunnskap om alternativer til tvangsmidler. Dersom man ønsker å redusere bruken av tvangsmidler må man gjøre mer enn å utlevere informasjon på et papir. Det er viktig å anerkjenne personalets emosjonelle respons og den nåværende praksis ved avdelingen. Ulike pedagogiske strategier som rollespill og kassufremlegg kan identifisere holdninger, myter og atferd som kan hjelpe til i arbeidet med å redusere tvangsmiddelbruk. Tilgjengelig evidens tilsier at opplæringsstrategier bør fokusere på utvikling av praktiske evner og holdningsendring gjennom modellering og støtte i faktiske kriser.

Videre forskning

Det er klart at det trengs mer kunnskap om personalets holdninger til tvangsmiddelbruk. Gjennom kvalitative undersøkelser hadde det vært spennende å utforske for eksempel hvordan klinikere forstår og fatter vedtak om tvang, eller pleiepersonalets konkrete gjennomføring av tvang og interaksjonsstil. Hvordan er det med fysiske skader og verbale trusler, både for personalet og pasientene? Pasientens opplevelse av å bli utsatt for tvang er det også viktig å få mer kunnskap om, både umiddelbart etter en episode og etter utskrivelse. Hvordan vurderer pasientene tvangsmiddelbruk og opplever de noen negative langtidseffekter? Ved å igangsette debriefing eller ekstern gjennomgang kunne man enkelt fått tilgang på store mengder informasjon, enten ved at alle parter svarer på et spørreskjema om episoden, eller mer ressurskrevende; at de involverte personene ble intervjuet om episoden.

Et intervensjonsprosjekt som bygger på erfaringene fra denne undersøkelsen kunne tatt i bruk for eksempel debriefing/ekstern gjennomgang og/eller opplæring av personalet som intervensjon på en av postene som har høyest tvangsmiddelbruk, og brukt en av de andre som kontroll. Det hadde også vært interessant å undersøke karakteristika ved pasienter utsatt for tvang; kjønn, alder, etnisitet og diagnose, og vurdert eventuell utvikling fra tidligere studier. Kunnskap om karakteristika ved pasienter utsatt for tvang kan vise hvor ”skoen trykker” og være til hjelp i arbeidet med å utvikle bedre intervensjoner.

Konklusjon

Bruk av tvangsmidler er av de sterkeste virkemidler samfunnet har når det gjelder inngripen i enkeltmenneskers liv. Det er derfor et paradoks at tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern i så liten grad har vært gjenstand for forskning. Nedbygging av institusjoner, lovendringer og samfunnsdebatt har alle hatt som mål å redusere bruk av tvang i behandlingen av psykisk syke mennesker, men dette reflekteres for lite i praksis. De enkelte avdelinger og sykehus har klare oppfatninger om hva som er riktig praksis, og i en klinisk hverdag preget av akutte kriser kan forskning om tvang fremstå som akademisk og lite relevant. I ni år har psykologer hatt funksjonen som faglig ansvarlige for å fatte vedtak om bruk av tvang i norsk psykisk helsevern. Samtidig forvalter profesjonen definisjonsrett til mange relevante begreper som sinnslidelse, selvinnsikt, farlighet og diagnoser. Psykologer har tradisjonelt vegret seg mot å arbeide i den delen av psykisk helsevern der bruk av tvang anvendes, og de som gjør det har i liten grad tatt til orde for å redusere bruk av tvangsmidler. Denne oppgaven viser betydningen av psykologisk kunnskap i forbindelse med tvangsmiddelbruk mot mennesker med psykiske lidelser og behovet for psykologisk forskning på dette feltet. Psykologer har i sin grunnutdannelse gode kunnskaper om gruppeprosesser, kommunikasjonsteori, debriefing, lederskap, brukermedvirkning og effekten av traumatiske hendelser. Dette er bare noe av faktorene som kan bidra til å kvalitetssikre og redusere bruk av tvang. Dersom psykologer setter seg inn i og engasjerer seg i forskning og kompetanseutvikling blant personalet, kan profesjonen bli en enda viktigere premissleverandør i psykisk helsevern.

Referanser

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H. J. & Fischer J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*; 193; 44–50.
- Almvik, R., & Woods, P. (1999). Predicting inpatient violence using the Broset Violence Checklist (BVC). *Int J Psychiatr Nurs Res*, 4(3), 498-505.
- Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The Broset violence checklist - Sensitivity, specificity, and interrater reliability. *J Interpers Violence*, 15(12), 1284-1296.
- Almvik, R. (2008). Assessing the Risk of Violence: Development and Validation of the Brøset Violence Checklist. Thesis for the Degree of Doctor Philosophiae. Trondheim.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV-TR. (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Angermo, L. (2006). Er NIC nok? Gevinster og risiko ved innføring av sykepleieklassifikasjoner. Universitetet i Oslo.
- Appelbaum P. S. & Grisso T. (1995) The MacArthur Treatment Competence Study I: Mental illness and competence to consent to treatment. *Law Hum Behav*;19(2):105-26.
- Ashcraft, L. & Anthony, W. (2008). Eliminating Seclusion and Restraint in Recovery-Oriented Crisis Services. *Psychiatric Services*; 59; 1198-1202.
- Barne- og likestillingsdepartementet (2008). FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. (Norsk uoffisiell oversettelse).

- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F (2001). *Principles of biomedical ethics* 5th ed. New York: Oxford University Press.
- Belfrage, H., Fransson, G., & Strand, S. (2000). Prediction of violence using the HCR-20: a prospective study in two maximum-security correctional institutions. *Journal of Forensic Psychiatry*, 11(1), 167-175.
- Benjaminsen, S. E., & Kjaerbo, T. (1997). The staff's experience of patient violence in a psychiatric department. *Ugeskr Laeger*, 159(12), 1768-1773.
- Benner, P. (2004b). Current controversies in critical care. Designing formal classification systems to better articulate knowledge, skills, and meanings in nursing practice. *American Journal of Critical Care*; 13, 426-430.
- Berg, H. M., Sveipe, E. J., Hoy, B. (1994). Threats of violence - a psychological strain to staff personnel: *Nowegian College of Nursing*.
- Bilanakis, N., Kalampokis, G., Christou, K. & Peritogiannis, V. (2009). Use of coercive physical measures in a psychiatric ward of a general hospital in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*. OnlineFirst, publisert July 23, 2009.
- Björkdahl, A., Olsson, D., & Palmstierna, T. (2006). Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatr Scand*, 113(3), 224-229.
- Bjørngaard, J. H. (red.) (2008). *SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007*. Trondheim: SINTEF Helse: Rapport 2008:2.
- Blanch, A. K., & Parrish, J. (1990). Report on round table on alternatives to involuntary treatment. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Blomberg, W. (2002). *Galskapens Hus. Internering og utskilling i Norge 1550-1850*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D. & Wellmann, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; 9; 465–473.
- Bowers, L., Alexander, J., Simpson, A., Ryan, C. & Carr-Walker, P. (2004). Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Education Today*; 24; 435–442.
- Bremnes R., Hatling, T. & Bjørngaard, J. H. (2008) *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007*. Trondheim: SINTEF Rapport A8231.
- Brown, J.S., & Tooke, S.K. (1992). On the seclusion of psychiatric patients. *Social Science Medicine*, 35, 711-721.
- Busch, A. B. & Shore, M. F. (2000). Seclusion and restraint: A review of the literature. *Harvard Rev Psychiatry*; November; 261-270
- Coliazzi, J. (2005). Seclusion & Restraint: A Historical Perspective. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*; 43, 31-37.
- CPT (2005). European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Preliminary observations made by the delegation of European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) which visited Norway from 3. to 10. October 2005*. Strasbourg: Council of Europe. Hentet fra:
<http://www.cpt.coe.int/documents/nor/2005-20-inf-eng.pdf> (15.02.10)
- Curran, S. S. (2007). Staff resistance to restraint reduction. Identifying and overcoming barriers. *Journal of Psychosocial Nursing*; 45; 45-50.
- Currier, G. W. & Allen, M. H. (1999). American Association for Emergency Psychiatry survey: I. Psychiatric emergency service structure and function. Presented at the Institute on Psychiatric Services. New Orleans, Oct 29–Nov 2, 1999.

- Currier, G. W. & Allen, M. H. (2000) Physical and chemical restraint in the psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv*; 51; 717-719.
- Dressing, H. & Salize, H. J. (2004) Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 797–803.
- Dochterman, J. M. & Bulechek, G. M. (2006). Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner (NIC). Akribe Forlag.
- Donat, D. C. (2002). Employing Behavioral Methods to Improve the Context of Care in a Public Psychiatric Hospital: Reducing Hospital Reliance on Seclusion/Restraint and Psychotropic PRN Medication. *Cognitive and Behavioral Practice*; 9; 28-37.
- Donat, D. C. (2003). An Analysis of Successful Efforts to Reduce the Use of Seclusion and Restraint at a Public Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*; 54; 1119-1123.
- Donat, D. C. (2005). Encouraging Alternatives to Seclusion, Restraint, and Reliance on PRN Drugs in a Public Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*; 56; 1105-1108.
- D’Orio, B. M., Purselle, D., Stevens, D. & Garlow, S. J. (2004). Reduction of Episodes of Seclusion and Restraint in a Psychiatric Emergency Service. *Psychiatric Services*; 55; 581-583.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2000). VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. Stockholm: Vårdförbundet.
- Europarådet (1994). *Recommendation 1235 on psychiatry and human rights*. Council of Europe, Strasbourg
- Europarådet (1997). *Convention on Human Rights and Biomedicine*. Council of Europe, Strasbourg.

Europarådet (2004). *Recommendation Rec(2004)10 of the committee of ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its explanatory memorandum*. Council of Europe, Strasbourg

Fisher, W. A. (1994). Seclusion and restraint: a review of the literature. *Am J Psychiatry*; 151:1584–1591.

Frueh, B.C., Knapp, R.G., Cusack, K. J., Grubaugh, A.L., Sauvageot, J.A., Cousins, V.S, Yim, E., Robins, C.S., Monnier, J. & Hiers, T.G. (2005) Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56, 1123-1133.

Gardner, W., Hoge, S., Bennett, N., Roth, L., Lidz, C., Monahan, J., & Mulvey, E. (1993). Two scales for measuring patients' perceptions of coercion during hospital admission. *Behavioral Sciences and the Law*, 20, 307-321.

Grisso T., Appelbaum, P. S., Mulvey, E. P. & Fletcher, K. (1995). The MacArthur Treatment Competence Study. II: Measures of abilities related to competence to consent to treatment. *Law Hum Behav*; 19(2):127-48.

Hatling, T. & Krogen, T. (1998). Bruk av tvang i norsk psykiatri - en empirisk gjennomgang. Trondheim: SINTEF Rapport A98506.

Hatling, T., Ådnanes, M. & Bjørngaard, J. H. (2002). Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern. Trondheim: SINTEF Rapport A025017.

Kaltiala-Heino, R. (1996). On coercion in psychiatry: Historical and theoretical aspects. *Psychiatria Fennica*, 27, 68–78.

Kaltiala-Heino, R. (1999). *Methodological issues in measuring coercion in psychiatric care*. I Monahan, J. & Morrissey, J. (Eds.) *Research in Community and Mental Health*, Vol. 10: Coercion in Mental Health Services - International Perspectives. Connecticut: JAI Press.

Kaltiala-Heino, R., Tuohimäki, C., Korkeila, J. & Lehtinen, W. (2003) Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry*; 26;139–149.

Hellerstein, D., Staub, A. B. & Lequesne, E. (2007). Decreasing the Use of Restraint and Seclusion Among Psychiatric Inpatients. *Journal of Psychiatric Practice*; 13; 306-317.

Helsedirektoratet (2009) *Vurdering av behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern* (IS-1370). Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner. (FOR 2006-12-15 nr 1423). Tilgjengelig fra <http://www.lovdata.no/cgi-wift/lldles?doc=/sf/sf/sf-20061215-1423.html>

Henry, S.B. & Mead, C.N. (1997). Nursing classification systems: necessary but not sufficient for representing «what nurses do» for inclusion in computer-based patient record systems. *Journal of the American Medical Informatics Association*; 4, 222-232.

Henry, S.B., Warren, J.J., Lange, L., & Button, P. (1998). A review of major nursing vocabularies and the extent to which they have the characteristics required for implementation in computer-based systems: focus on implementation of nursing vocabularies in systems. *Journal of the American Medical Informatics Association*; 5, 321-328.

Hoekstra, T., Lendemeijer, H. H. G. M., Jansen, M. G. M. (2004). Seclusion: the inside story. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; 11; 276–283.

Holmes, D., Kennedy, S. L. & Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing*; 25; 559-578.

- Honkonen, H., Mattila, A. K., Lehtinen, K., Elo, T., Haataja, R. & Joukamaa, M (2008). Mortality of Finnish acute psychiatric hospital patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 43: 660–666.
- Huckshorn, K.A. (2004). Reducing Seclusion & Restraint Use in Mental Health Settings: Core Strategies For Prevention. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*; 42, 9; 22-33.
- Hunter, M. & Carmel, H. (1992). The cost of staff injuries from inpatient violence. *Hosp Community Psychiatry*; 43(6):586–588.
- Husum, T. L. & Hjort, H. (2009). Menneskerettigheter i psykisk helsevern. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*; 46; 12; 1169-1173.
- Høie, I. (2000). Bevisstgjøring rundt tvang i psykiatrien. *Tidsskr Nor Lægeforen*; 120: 2708
- Høyer, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjónsdóttir, M., Syse, A. (2002). Paternalism and autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law and Psychiatry*; 25; 93–108.
- Høyer, G. (2009). Kunnskapsgrunnlaget i forhold til bruk av tvang i det psykiske helsevern. I *Vurdering av behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*. Helsedirektoratet.
- Iversen, V. C. (2009) Mechanical restraint - A philosophy of man, a philosophy of care, or no philosophy at all? A question from Norway. *Journal of Psychiatric Intensive Care*; 5, 1-4
- Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations (1998). *Preventing restraint deaths*. Sentinel Event Alert, Issue 8. Oakbrook, Terrace, IL: Author.

- Jonikas, J.A., Cook, J. A., Rosen, C., Laris, A. & Kim, J. B. (2005). A Program to Reduce Use of Physical Restraint in Psychiatric Inpatient Facilities. *Psychiatric Services*; 55; 818-820.
- Khadivi, A. N., Patel, R. C., Atkinson, A. R. & Levine, J. M. (2004). Association Between Seclusion and Restraint and Patient-Related Violence. *Psychiatric Services*; 55; 11; 1311-1312.
- Khazaal, Y., Chatton, A., Pasandin, N., Zullino, D., & Preisig, A. (2009). Advance directives based on cognitive therapy: A way to overcome coercion related problems. *Patient Education and Counseling*; 74; 35–38.
- Kittelsen, S. A. C., Anthun, K. S., Kalseth, B., Kalseth, J., Halsteinli, V. & Magnussen J. (2009) *En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007*. SINTEF Helsetjenesteforskning og Frischsenteret.
- Kjellin, L. & Nilstun, T. (1993). Medical and social paternalism, regulation of and attitudes towards compulsory psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand*; 88: 415–419.
- Knutzen, M., Sandvik, L., Hauff, E., Opjordsmoen, S. and Friis, S. (2007). Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint - A 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*; 61; 201-206.
- Kuosmanen, L., Hätönen, H., Malkavaara, H., Kylmä, K. & Välimäki, M. (2007). Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient's perspective. *Nursing Ethics*; 14; 597-607.
- LeBel, J. & Goldstein, R. (2005). The Economic Cost of Using Restraint and the Value Added by Restraint Reduction or Elimination. *Psychiatric Services*; 56; 1109-1114.

Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven). Sosial- og Helsedirektoratet 2001: <http://www.lovdata.no>

Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven). Sosial- og Helsedirektoratet 2001: <http://www.lovdata.no>

Marangos-Frost, S. & Wells, D. (2000). Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing*; 31(2), 362-369.

Martin, V., Bernhardsgrütter, R., Goebel, R. & Steinert, T. (2007). The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: A comparison of the practice in Germany and Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*; 3;1.

Matthews, E. (2000). Autonomy and the psychiatric patient. *J Appl Philos*; 17: 59–70.

McCue, R. E., Urcuyo, L., Lilo, Y., Tobias, T. & Chambers, M. J. (2004). Reducing Restraint Use in a Public Psychiatric Inpatient Service. *Journal of Behavioral Health Services & Research*; 31(2), 217-224.

Menckel E. & Viitasara, E. (2002). Threats and violence in Swedish care and welfare – magnitude of the problem and impact on municipal personnel. *Scand J Caring Sci*; 16: 376–85.

Middelboe, T., Schjødt, T., Byrting, K. & Gjerris, A. (2001). Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatr Scand*; 103; 212-219.

Mohr, W. & Mohr, B. (2000). Mechanisms of Injury and Death Proximal to Restraint Use. *Archives of Psychiatric Nursing*; 14; 6; 285-295.

Monahan, J., Hoge, S. K., Lidz, C. W., Roth, L. H., Bennett, N., Gardner, W., & Mulvey, E. (1995). Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry*; 18, 249–263.

- Mølstad, K., Mauritzen, A. M. & Angermo, L. M. (2007). Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon. 3.utgave.
- Nijman, H.L.I., Allertz, W.W.F., Merckelbach, H.L.G.J., a Campo, J.M.L.G., Ravelli, D.P., (1997). Aggressive behaviour on an acute psychiatric admissions ward. *European Journal of Psychiatry* 11, 106–114.
- Nijman, H. L. I., Muris, P., Merckelbach, H.L.G.J., Palmstierna, T., Wistedt, B., Vos, A.M., van Rixtel, A. & Allertz, W. (1999). The Staff Observation Aggression Scale- Revised (SOAS-R). *Aggressive behaviour* (25), 197-209.
- Norvoll, R., Hatling, T. & Hem, K. G. (2008). Det er nå det begynner! Hovedrapport fra prosjektet ”Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus” (BAT). Trondheim: Rapport SINTEF A8450.
- O’Brien, A. J. & Golding, C. G. (2003). Coercion in mental healthcare: the principle of least coercive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; 10; 167–173.
- Odawara, T., Narita, H., Yamada, Y., Fujita, J., Yamada, T., Hirayasu, Y. (2005) Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*; 59; 605–609.
- Pedersen, P.B. & Bjerkan, A. M. (2008). Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. Delrapport III. Trondheim: SINTEF Helse; Rapport A7588.
- Pedersen, P. B., Hatling, T. & Bjørngaard, J. H. (2004). Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003. Trondheim: SINTEF Helse Rapport A045029.
- Pollard, R., Yanasak, E. V., Rogers, S. A. & Tapp, A. (2007). Organizational and Unit Factors Contributing to Reduction in the Use of Seclusion and Restraint Procedures on an Acute Psychiatric Inpatient Unit. *Psychiatr Q*; 78; 73–81.

- Respons (2009). *Holdning til psykisk helsevern og bruk av tvangsbehandling. Landsomfattende Omnibus 5. - 16. februar 2009*. Oppdragsgiver: Norsk psykiatrisk forening i samarbeid med Norsk Sykepleierforbund og Norsk Psykologforening.
- Robins, C.S., Sauvageot, J.A., Cusack, K.J., Suffoletta-Maierle, S. & Frueh, B. C. (2005). Consumers' Perceptions of Negative Experiences and "Sanctuary Harm" in Psychiatric Settings. *Psychiatric Services*; 56; 1134-1138.
- Sailas, E. & Fenton, M. (2000) Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses (Cochrane Review). *The Cochrane Database Syst Rev* 2:CD001163
- Sailas E. & Wahlbeck, K. (2005) Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Curr Opin Psychiatry*; 18: 555-559.
- Salize, H.J. & Dressing, H. (2004) Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry*; 184; 163-168.
- Salize, H. J. & Dressing, H. (2005). Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry* 18:576–584.
- Scanlan, J. N. (2009). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings. What we know so far: A review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*. OnlineFirst, published on July 17, 2009.
- Schreiner, G. M., Crafton, C. G. & Sevin, J. A. (2004). Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion. *Administration and Policy in Mental Health*; 31; 449-463.
- Sjöstrand, M. & Helgesson, G. (2008). Coercive treatment and autonomy in psychiatry. *Bioethics*; 22, 113–120.

- Smith, S.B. (1995) Restraints: retraumatization for rape victims? *Journal of Psychosocial Nursing*; 33, 23–28.
- Sosial- og helsedirektoratet (1997-1998). St.prp. nr 63: Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. IS-1370.
- Spielberger, C. D. (1996). *State-Trait Anger Expression Inventory professional manual*. Odessa, U.S.A.: Psychological Assessment Resources.
- SPSS 16.0. for Windows (2010). SPSS Inc. Chicago, Illinois
- Steinert, T., Martin, V., Baur, M., Bohnet, U., Goebel, R., Hermelink, G., Kronstrofer, R., Kuster, W., Martinez-Funk, B., Roser, M., Schwink, A. & Voigtlander W. (2007). Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 42:140–145.
- Steinert T., Bergbauer G., Schmid P. & Gebhardt, R. (2007) Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 195, 492–496.
- Syse, A. (2009). Menneskerettslige aspekter ved tvangsmessig frihetsberøvelse, herunder om lovoppsatte vilkår. Kort om bruk av tvang i behandlingsøyemed i psykisk helsevern, i og utenfor institusjon.) i *Vurdering av behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern* (IS-1370). Helsedirektoratet.
- Szmukler, G. & Holloway, F. (2000). Reform the mental health act. *Br J Psychiatry*; 177: 196–200.

- Sørgaard, K. W. (2007). Satisfaction and coercion among voluntary, persuaded/pressured and committed patients in acute psychiatric treatment. *Scand J Caring Sci*; 2007; 21; 214–219.
- Tallman, K. & Bohart, A. C. (1999). The Client as a Common Factor: Clients as self-healers. In Hubble, Duncan, Miller (Eds), *The Heart and Soul of Change* (pp. 91-131)
- Tannsjö, T. (2005). The convention on human rights and biomedicine and the use of coercion in psychiatry. *J. Med. Ethics*; 30; 430-434.
- Taxis, J. C. (2002). Ethics and praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 23:157–170.
- Thune, G. H. (09.08.09.). Psykisk syke glemmes. *Aftenposten*. Hentet fra: <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/article3208018.ece> (05.02.10).
- Urheim, R. (2008). Alvorlig sinnslidelse og vold – myter, realiteter og risikofaktorer. Seminar Tverrfaglig forum 2008.
- U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Food and Drug Administration. (1992). FDA Safety alert: Potential hazards with restraint devices. Pub. No. HFZ-250. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A. M., Lönnqvist, J. & Kaltiala-Heino, R. (2007). A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 42:747–752
- Vedal, T. & Wolmer, M. (2009) *Standardiserte begreper i sykepleie – og miljøtjenesten. Hvordan sikre felles forståelse og utføring av Sykepleieintervensjoner? Et samarbeidsprosjekt mellom Oslo Universitetssykehus, Avdeling Ullevål, Psykiatrisk divisjon og Høgskolen i Oslo*. Presentert på Fag- og forskningsdager for sykepleietjenesten i Helse Sør-Øst 3. og 4. mars 2009.
- Verkerk M. (2001). A care perspective on coercion and autonomy. *Medicine, Health Care and Philosophy*; 4: 289-294.

- Veltkamp, E., Nijman, H., Stolker, J. J., Frigge, K., Dries, P. & Bowers, L. (2008). Patients' Preferences for Seclusion or Forced Medication in Acute Psychiatric Emergency in the Netherlands. *Psychiatric Services*; 59; 2; 209-211.
- Visalli, H. & McNasser, G. (2000). Reducing seclusion and restraint: meeting the organizational challenge. *Journal of nursing care quality*; 14(4):35-44.
- Vold, B. (1999) Psykiatriens historie i Norge, del 1: Den store institusjonsoppbyggingen. *Samfunnsspeilet* 1999; 1. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/9901/2.shtml> (23.11.09)
- Weiss, E. M., Altimari, D., Blint, D. F. & Megan, K. (1998, October 11). Deadly restraints: A nationwide pattern of death. *The Hartford Courant*.
- Wilkniss, S. M., Hunter, R. H. & Silverstein, S.M. (2004). Traitement multimodal de l'agressivité et de la violence chez des personnes souffrant de psychose. *Santé mentale au Québec*; 29; 143-174.
- World Health Organization (2003). *Organization of services for mental health*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra: http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf (23.11.09.)
- World Psychiatric Association (1996). *Declaration of Madrid*. 10th World Congress of Psychiatry, Madrid, Spain.
- Wynn, R. (2002). Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital. *Scand J Caring Sci*; 16; 287-291.
- Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*; 57; 453-459.

Øhlenschläger, J. & Nordentoft, M. (2008). Coercion in patients who at their first contact with the psychiatric services system were diagnosed within the schizophrenia-spectrum in Denmark. A register study. *Nordic Journal of Psychiatry*; 62; 77-81.